

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
JULIE CARDIN BEAUCHEMIN

VERS UNE DIFFÉRENCIATION DE LA DÉPRESSION  
ET DU SUICIDE À PARTIR DE L'INVENTAIRE  
DES RAISONS DE VIVRE

AOÛT 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

L'objectif de cette étude est de différencier les adolescents présentant un état dépressif et/ou des idéations suicidaires à partir de croyances adaptatives. Cette recherche a pour but ultime de développer une meilleure compréhension de ces deux phénomènes souvent perçus comme étant interreliés. Basée sur l'approche théorique cognitive de Beck (1972, 1976) et l'approche de Frankl (1959, 1988), cette recherche permet de répondre un peu plus au besoin de différencier les personnes dépressives, les personnes avec idéations suicidaires et les personnes ayant fait un passage à l'acte, tel que souligné par Bedrosian et Beck (1979) et par Reynolds (1991; Reynolds & Johnston, 1994).

Les 1075 adolescents retenus et constituant l'échantillon de cette recherche ont été recrutés au niveau des secondaires III à V d'une école secondaire de Thetford-Mines et sont âgés entre 14 et 17 ans. Les adolescents sont regroupés en cinq groupes de recherche selon leurs scores obtenus au Questionnaire de dépression de Beck et au Questionnaire d'idéations suicidaires. Nous avons également tenu compte du fait qu'ils aient ou non commis une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Les cinq groupes formés sont: non suicidaires non dépressifs (1), non suicidaires dépressifs (2), suicidaires non dépressifs (3), suicidaires dépressifs sans tentative (4) et suicidaires dépressifs avec tentatives (5).

Les résultats sont présentés et discutés selon cinq volets. En premier lieu, les résultats démontrent le degré d'importance élevé que les adolescents non suicidaires non dépressifs accordent aux différentes raisons de vivre, et ce, autant au niveau du score global du RLI qu'au niveau des sous-échelles survie et adaptation, responsabilité familiale et objection morale, comparativement aux autres groupes,.

Dans un deuxième volet, les résultats de cette étude apportent un enrichissement important à la piste de recherche proposée par Reynolds (1991; Reynolds & Johnston, 1994) soit: l'existence de la dépression et du suicide comme deux formes distinctes de pathologie. Les résultats proposent, en effet, l'existence de garçons dépressifs seulement et suicidaires seulement.

Un troisième volet souligne qu'en plus de démontrer l'existence de ces deux troubles sous des formes indépendantes, cette étude permet de constater que le passage à l'acte suicidaire devient d'autant plus probable, lorsque la concomitance de ces deux troubles est présente.

Un quatrième volet, révèle que les adolescents concomitants ayant commis une tentative de suicide possèdent moins de raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation et ont moins peur du

suicide que les adolescents concomitants n'ayant pas commis de geste suicidaire.

Un cinquième et dernier volet, présente les différences sexuelles des différents groupes. Les filles concomitantes sans tentative de suicide semblent avoir plus peur du suicide que les garçons appartenant à ce même groupe.

Malgré que de nouvelles recherches seront nécessaires afin de poursuivre l'approfondissement de la différenciation de la dépression et du suicide, cette recherche a permis de développer la compréhension de ces deux problématiques. Une première piste de recherche pourrait vérifier si la séquence d'apparition des troubles dépression et suicide diffère selon le sexe de l'adolescent. Une seconde piste de recherche consisterait à reproduire cette étude, en modifiant la variable distinctive, pour essayer de distinguer les deux groupes à pathologie unique, et ce, au niveau d'une population adolescente et/ou adulte. Une dernière suggestion de recherche pourrait vérifier la validité auprès de la population adolescente de la sous-échelle responsabilité aux amis.

## Table des matières

SOMMAIRE .....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
REMERCIEMENTS .....	x
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1: CONTEXTE THÉORIQUE .....	5
DÉPRESSION .....	6
Conceptualisation de la dépression chez les enfants et les adolescents .....	6
Épidémiologie .....	10
Perspectives théoriques .....	15
SUICIDE .....	19
Conceptualisation du suicide .....	19
Épidémiologie .....	21
Perspectives théoriques .....	24

ÉTUDES EMPIRIQUES SUR LA DÉPRESSION ET LE SUICIDE.....	29
Dépression et variable cognitive .....	29
Suicide et variable cognitive .....	31
Dépression, suicide et variable cognitive.....	34
Hypothèse.....	37
 CHAPITRE 2: MÉTHODE .....	 39
Participants.....	40
Instruments de mesure .....	41
Déroulement de l'expérimentation.....	48
 CHAPITRE 3 : ANALYSES DES RÉSULTATS.....	 50
Division des cinq groupes de recherche .....	51
Descriptions des analyses statistiques .....	54
Présentation des résultats.....	56
 CHAPITRE 4: DISCUSSION .....	 87
 CONCLUSION .....	 108
 RÉFÉRENCES .....	 113
 APPENDICES .....	 123
Appendice A: Présentation et consignes générales.....	124
Appendice B: Instruments de mesure .....	125

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Descriptions des acronymes utilisés pour nommer les 5 groupes.....	53
2	Scores moyens obtenus par les garçons et les filles à l'IRV, au QDB et au QIS.....	55
3	Résultats de l'analyse de variance (2 X 5) (sexe x groupe) sur la variable raison de vivre.....	57
4	Résumé des différences significatives entre les scores moyens obtenus à l'IRV global.....	59
4.1	Synthèse des différences significatives entre les scores moyens obtenus à l'IRV global.....	60
5	Résultats de l'analyse de variance de type Manova (5 x 5 x 2) (sous-échelles x groupes x sexe).....	64
6	Résumé des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle survie et adaptation.....	66



6.1	Synthèse des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle survie et adaptation.....	67
7	Résumé des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle responsabilité familiale.....	72
7.1	Synthèse des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle responsabilité familiale.....	73
8	Résumé des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle peur du suicide.....	78
8.1	Synthèse des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle peur du suicide.....	79
9	Résumé des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle objection morale.....	82

9.1	Synthèse des différences significatives entre les scores moyens obtenus à la sous-échelle objection morale.....	83
-----	---	----

## Remerciements

L'auteure tient premièrement à remercier sa directrice de mémoire, Diane Marcotte, pour son respect du rythme d'écriture, et surtout pour son soutien et ses encouragements constants tout au long de la réalisation de cette étude. Deuxièmement, des remerciements sont adressés à Jocelyne Pronovost pour avoir permis et facilité l'expérimentation. L'auteure tient également à remercier Danielle Leclerc et Jean-François Trépanier pour leurs précieux conseils statistiques. Un dernier merci très spécial est adressé à la famille Vachon, aux professeurs de morale et religion de même qu'aux élèves de l'école secondaire de Thetford Mines, pour avoir fait en sorte que l'expérimentation de cette recherche soit dès plus facilement réalisable.

## Introduction

Depuis quelques années, les taux de dépression et de suicide ne cessent d'augmenter de façon sérieuse chez la population adolescente. Des études ont été effectuées en grand nombre pour tenter d'explorer ces deux phénomènes et de mieux les comprendre. Toutefois, une lacune importante existe dans la littérature. Toutes les études, se rapportant à la dépression et au suicide, traitent ces deux troubles de façon indépendante. À ce jour, aucune comparaison n'est faite entre les personnes dépressives et les personnes suicidaires. Cette lacune est probablement due au fait que la dépression et le suicide sont souvent perçus comme deux notions reliées. De plus, le comportement suicidaire est souvent considéré comme étant seulement le symptôme de plusieurs autres troubles, dont la dépression. Reynolds (1991, Reynolds & Johnston, 1994) souligne pourtant que la dépression et le suicide existent indépendamment l'un de l'autre. Il existe en effet des jeunes dépressifs qui ne manifestent aucun comportement suicidaire et il existe aussi des jeunes suicidaires qui n'affichent pas d'indice de dépression significatif. Il apparaît donc important d'établir certaines différences entre les jeunes dépressifs et les jeunes suicidaires.

En poursuivant cette réflexion de Reynolds (1991, Reynolds & Johnston, 1994), la présente étude vise donc préciser comment se comportent ces deux phénomènes d'un point de vue cognitif. C'est en

se basant d'abord sur la théorie cognitive de Beck (1972, 1976, 1979 et 1989), qui propose que les personnes dépressives et suicidaires utilisent des schèmes cognitifs dépressogènes pour évaluer leur environnement, et ensuite, en se basant sur l'approche théorique de Frankl (1959, 1988), qui se concentre sur les croyances adaptatives permettant aux personnes de surmonter les situations difficiles, que cette étude veut différencier les adolescents dépressifs et les adolescents suicidaires. En fait, Frankl (1959, 1988) suggère que ce sont des croyances adaptatives à propos de la vie et du futur qui différencient les personnes qui commettent un passage à l'acte suicidaire de celles qui réussissent à surmonter leur souffrance. C'est plus particulièrement à l'aide de *l'Inventaire des raisons de vivre*, (Linehan, Goodstein, Neilsen & Chiles, 1983), que nous comptons établir des différences significatives au niveau des schèmes cognitifs entre les adolescents dépressifs et les adolescents suicidaires.

Le premier chapitre de cette recherche présente l'évolution des notions de dépression et de suicide. Il expose aussi les théories de Beck (1972, 1976, 1979 et 1989) et de Frankl (1959, 1988) de même que l'approche de Linehan et al. (1983). De nombreuses études empiriques sont également citées pour appuyer le cheminement théorique de l'auteure de la présente recherche. Enfin, le chapitre se termine en énonçant les hypothèses de recherche.

Le deuxième chapitre expose la méthode employée lors de l'expérimentation de cette recherche. Il définit donc les participants, les instruments de mesure utilisés, de même que le déroulement de l'expérimentation.

Le troisième chapitre fournit une description précise de la méthode utilisée pour diviser les groupes de l'échantillon de même que les différentes analyses statistiques effectuées. Il divulgue également tous les résultats obtenus.

Le chapitre quatre présente la discussion. Les explications des différents résultats y seront exposées. Ce dernier chapitre sera suivi d'une conclusion.

Contexte théorique



## Dépression

### Conceptualisation de la dépression chez les enfants et les adolescents

Depuis très longtemps on s'intéresse à l'humeur dépressive chez l'humain. On peut même retrouver des documents datant de quatre siècles avant Jésus-Christ dans lesquels Hippocrate fait la description clinique de ce qu'est la mélancolie (Beck, 1967). Plus tard, Aretaus, un médecin du deuxième siècle après Jésus-Christ, décrivait le patient mélancolique comme étant triste, abattu et ayant des troubles du sommeil. Il disait aussi qu'à un stade plus avancé, les patients ne s'intéressaient plus à rien et en venaient même à vouloir mourir (Beck, 1967). On remarque donc que déjà à cette époque, les deux concepts dépression et suicide sont associés.

Toutefois, il n'y a pas si longtemps, on croyait que la dépression était un diagnostic valable seulement pour les adultes. En effet, on doit attendre le milieu des années 70 pour voir apparaître les premières études sur la dépression chez les populations d'enfants et d'adolescents. Ce délai à s'intéresser à ces populations s'explique en partie par le fait que la perspective psychodynamique a longtemps considéré la dépression comme inexistante chez les enfants et les

adolescents. En ce sens, Freud et Mahler (1946, 1961), cités par Reynolds et Johnston (1994) affirmaient que la dépression de l'adulte avait ses racines dans les expériences de la jeune enfance, mais estimaient que l'enfant ne pouvait pas être dépressif, parce que sa psyché n'était pas encore développée.

Par la suite, la conception de la dépression auprès de la population adolescente est passée d'inexistante à normale. En effet, les auteurs percevaient désormais la dépression comme faisant partie du développement normal de l'adolescence (Lefkowitz & Burton, 1978). En ce sens, ils affirmaient qu'étant donné les nombreux changements biologiques, affectifs et cognitifs qui se produisent durant cette période, il était normal pour le jeune de se sentir déprimé par moments. Ils croyaient donc qu'à la fin de l'adolescence, le sentiment dépressif allait disparaître automatiquement.

Toutefois, c'est par le biais d'une perspective développementale que Bowlby (1973, 1980), cité par Reynolds et Johnston (1994) a pu découvrir que la dépression peut affecter autant le jeune enfant, l'adolescent que l'adulte. Ce dernier affirme même, que la dépression chez les enfants est très semblable à celle que l'on retrouve plus tard chez l'adulte. Ainsi, on reconnaît maintenant que la majorité des adolescents passent cette période de grands changements relativement bien. C'est donc dire que normalement, si

le jeune a su trouver des secteurs satisfaisants dans sa vie, il ne devrait pas être déprimé. Dans le cas contraire, si cette période s'avère particulièrement difficile, il sera dorénavant possible de diagnostiquer chez lui la présence de troubles dépressifs.

Par ailleurs, une autre perspective amène de nouvelles confusions au niveau du concept de la dépression. On reconnaissait généralement l'état dépressif, autant chez l'enfant, l'adolescent que l'adulte à des symptômes évidents tels que: la dysphorie et l'autodévalorisation. Toutefois, certains auteurs, dont Glaser (1967), ont amené une distinction au niveau de la population adolescente. Ils affirmaient que chez cette population, la dépression pouvait être masquée par d'autres symptômes plus apparents tels que: les troubles de comportement et d'apprentissage, les troubles somatiques, l'hyperactivité, l'anxiété, les phobies scolaires, l'agressivité, la toxicomanie, etc. Ils voyaient donc ces derniers comme des équivalents comportementaux dépressifs qui constituaient une défense contre la dépression (Glaser, 1967; Dugas & Mouren, 1980; Carlson & Strober, 1979). La dépression devenait ainsi difficile à diagnostiquer étant donné que selon eux, les symptômes de dysphorie et d'autodévaluation n'apparaissaient qu'au second plan. Il est donc facile à comprendre que ce concept de dépression masquée a donné lieu à de nombreuses erreurs diagnostiques et de traitements.

Les recherches réalisées dans les dernières années ont permis de clarifier la conception de la dépression chez les adolescents. On parle dorénavant de concomitance «comorbidity» du trouble dépressif avec d'autres troubles, comme ceux énumérés précédemment. Cette découverte permet de rendre compte qu'en effet les jeunes présentent souvent d'autres troubles psychologiques en même temps que la dépression, mais il est impératif que cette dernière soit présente et repérable pour être diagnostiquée. Les résultats de Rohde, Lewinsohn et Seeley (1991) rapportent que 42% des adolescents dépressifs de leur échantillon présentent simultanément un ou plusieurs trouble(s) concomitant(s). Cette meilleure compréhension et description de la problématique dépressive a permis aux cliniciens de poser un diagnostic plus juste, de même qu'un traitement plus approprié auprès de la population des adolescents en difficultés.

Avec de nombreuses recherches effectuées dans le domaine de la dépression, de même que la publication du DSM-III, le début des années 80 a permis à l'étude du trouble dépressif de franchir un point important. En effet, la reconnaissance de l'utilisation des critères diagnostiques adultes pour établir le diagnostic des troubles dépressifs chez les enfants et adolescents permet enfin une classification standardisée auprès de cette population (Marcotte, 1995; Reynolds & Johnston, 1994).

Plus précisément, le DSM-IV définit le trouble dépressif majeur avec les symptômes suivants: 1) l'humeur dépressive (ou irritabilité), 2) la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, 3) la perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime, 4) l'insomnie ou hypersomnie, 5) l'agitation ou ralentissement psychomoteur, 6) la fatigue ou perte d'énergie, 7) le sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié, 8) la difficulté de concentration ou l'indécision, 9) les idées suicidaires. Les auteurs précisent qu'au moins cinq des symptômes précédents doivent avoir été présents pendant une même période d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au comportement antérieur. Les symptômes 1 ou 2 doivent être obligatoirement présents. Il est aussi important de souligner qu'aucun facteur organique ne doit avoir contribué au développement ou au maintien de l'état dépressif.

### Épidémiologie

«L'épidémiologie de la dépression chez les jeunes fait peur, car elle nous informe d'une masse importante de jeunes qui souffre et qui est souvent non-traitée» (Reynolds & Johnston, 1994).

Les taux de dépression chez les adolescents varient sensiblement d'une recherche à l'autre, étant donné les différents

points de vue pour définir, de même que pour évaluer le concept de dépression. Une chose est certaine, la dépression constitue un problème très sérieux de santé mentale pour cette population. De façon générale, on remarque une augmentation des symptômes dépressifs de l'enfance à l'adolescence. Dans une de leurs études, Kashani, McGee, Clarkson, Anderson, Walton, William, Silva, Robins, Cytryn et McKnew (1983) rapportent que les enfants de 9 ans démontrent un taux de dépression majeure de 1.8%. Tandis que les études américaines effectuées auprès des adolescents soulignent des taux de dépression majeure variant de 4.7 à 5.8% (Teri, 1982; Kashani et al., 1987; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seely & Andrews, 1993). Une augmentation importante se produit entre 13 et 15 ans et atteint son sommet vers 17-18 ans, pour se stabiliser plus tard à l'âge adulte (Angold, 1988; Radloff, 1991).

Radloff (1991), dans une étude américaine, a voulu distinguer le niveau de dépression selon l'âge des participants. Lors de cette étude la dépression était évaluée de deux façons: par un auto-questionnaire et par les critères diagnostiques du DSM-III. Les résultats de Radloff démontrent que les adolescents appartenant à la catégorie «high school» («grade 10-12») ont obtenu un taux de dépression significativement plus élevé (17.8% et 10.5%) que les adolescents du «junior high» («grade 7-9») (13% et 5%) et que les collégiens (13.6% et 7.5%), et ce, pour les deux évaluations.

Au niveau de la population adolescente francophone, et ce seulement dans la région de l'Outaouais, on retrouve un taux de symptômes dépressifs d'intensité clinique variant de 6.43 à 26% (Baron, 1993). Plus près de nous, dans la région trifluvienne, on retrouve un taux de 17% (Marcotte, 1996).

Si pendant la période de l'enfance, les garçons présentent autant sinon plus de symptômes dépressifs que les filles (Fleming & Offord, 1990), on remarque toutefois que le rapport garçon/fille s'inverse à l'adolescence (Kashani et al., 1983; Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993). Ces derniers auteurs ajoutent même que la différence garçon/fille semble se perpétuer à l'âge adulte. Lors de leur synthèse des différentes études traitant de la dépression chez les jeunes, Petersen et al. (1993) rapportent que dans 13 études sur 16 répertoriées, les adolescentes expérimentent plus d'affects dépressifs (25 à 40%) que les adolescents (20 à 35%). Les résultats d'une étude effectuée au Québec par Baron et Perron (1986) démontrent une différence significative entre les scores moyens des filles ( $M = 12.34$ ;  $et = 9.22$ ) et celui des garçons ( $M = 7.30$ ;  $et = 7.07$ ) au niveau de l'Inventaire de dépression de Beck. Finalement, les résultats de Kashani, Carlson, Beck, Hooper, Corcoran, McAllister, Fallahi, Rosenberg, et Reid (1987) suggèrent même que les filles expérimentent 5 fois plus la dépression que les garçons à l'adolescence.

Il se produit donc des changements très importants durant la période de l'adolescence, entraînant ainsi l'inversion du rapport de dépression garçon/fille. Différentes hypothèses tentent d'expliquer l'augmentation de la dépression chez les adolescentes. Petersen, Sarigiani et Kennedy (1991) soulignent d'abord que la puberté n'est pas accueillie de la même façon par les garçons et par les filles. Normalement, les garçons accueillent positivement les changements survenant à la puberté. En effet, la poussée de croissance autant de la masse osseuse que musculaire, les valorisent beaucoup. Ils se sentent ainsi plus grands, plus forts et surtout plus vieux. Ils apprécient ces changements dans leur image corporelle. Toutefois, c'est malheureusement souvent l'inverse pour les filles. Ces dernières accueillent assez négativement les changements tels que: l'arrivée des menstruations, la modification du corps avec apparition des courbes et des rondeurs, qui, de plus, se produisent avant les changements pubertaires des garçons. Ce qui se traduit assez souvent par des problèmes d'image corporelle et d'estime de soi. En second lieu, on considère aussi le fait que l'arrivée de la puberté stimule l'identification des garçons et des filles aux différents stéréotypes reliés à leur sexe (Hill & Lynch, 1983). Cette approche suggère donc que les stéréotypes féminins sont plus associés à la dépression que le seraient ceux du sexe masculin. Par ailleurs, les résultats obtenus par Petersen et al. (1991) révèlent que la dépression serait plus associée à un manque de caractéristiques masculines chez les adolescentes plutôt qu'à la



présence de caractéristiques féminines. En effet, Les caractéristiques masculines auxquelles s'identifient de plus en plus les garçons à l'adolescence, peuvent les protéger contre la dépression. Ce qui semble aussi protéger les garçons contre la dépression, ce sont leurs moyens d'adaptation et la façon dont ils réagissent face à la dépression. Ils auraient plus tendance à vouloir se distraire lorsqu'ils se sentent déprimés, contrairement aux filles, qui elles, ont plutôt tendance à ruminer, ce qui amplifie leur sentiment dépressif (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Une dernière hypothèse tente d'expliquer la différence de symptômes dépressifs entre les garçons et les filles par la synchronicité entre les changements pubertaires et la transition scolaire. En effet, les changements pubertaires des filles surviennent en même temps que leur transition pour l'école secondaire dans 43% des cas contre 11.6% pour les garçons (Petersen et al., 1991). Selon ces derniers auteurs, cette synchronicité de stress semble avoir un effet à long terme plus négatif.

Ainsi, les paragraphes précédents démontrent que la dépression est une problématique sérieuse chez la population adolescente. Il semble aussi que l'âge et le sexe de l'adolescent influencent le fait qu'il expérimente ou non la dépression au cours de son adolescence.

La gravité du phénomène de la dépression a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs qui, en développant diverses théories et instruments, tentent de mieux comprendre cette problématique.

### Perspective théorique

La présente étude s'appuie essentiellement sur le modèle cognitif de la dépression de Beck. Cet auteur propose que les émotions et les comportements d'une personne sont largement déterminés par la façon dont elle structure son environnement (Beck, 1972, 1976). Cette théorie se développe selon trois principaux niveaux conceptuels, soit: les schèmes cognitifs dépressogènes, les distorsions ou erreurs cognitives et finalement, le langage intérieur (self-talk). Ces différents niveaux vont influencer les interprétations que la personne fera à propos d'elle-même, de son monde et de son futur. Ces trois secteurs, à partir desquels une personne tire ses interprétations, définissent ce que Beck nomme «la triade cognitive».

Les schèmes cognitifs sont définis par English et English (1958) comme étant des patterns complexes qui ont été imprimés dans une structure organique après avoir été expérimentés. Ces schèmes sont, en fait, des représentations d'expériences passées emmagasinées dans la mémoire. Ils sont aussi basés sur des attitudes et opinions qui ont été communiquées à l'individu et

auxquelles il s'identifie. Les schèmes filtrent, codifient et évaluent les stimuli répertoriés. En fait, dès qu'une personne entre en contact avec son environnement, ses schèmes cognitifs organisent l'information rencontrée. Ils choisissent certains stimuli au détriment de d'autres selon les ensembles d'attitudes, d'opinions et de présuppositions que l'individu a intériorisées. En somme, la sorte de schèmes que l'individu utilise va influencer directement les interprétations qu'il fera de son environnement et influencera par la même occasion, les réponses qu'il va lui donner.

Très tôt dans la vie, un individu développe une grande variété de schèmes cognitifs par rapport à la triade cognitive soit: à propos de lui-même, de son monde et de son futur tel que mentionné précédemment. Certains sont en accord avec la réalité et forment une base adéquate qui l'aide à s'adapter tout au long de son développement. Malheureusement, d'autres schèmes moins représentatifs de la réalité rendent l'individu plus vulnérable à divers troubles psychologiques, dont la dépression (Beck, 1972, 1976).

Normalement, on s'attend à retrouver un certain degré d'inconsistance au niveau des cognitions d'un individu. Mais, si ses expériences passées ont été particulièrement difficiles, si elles ont, par exemple, suscité chez lui un sentiment de perte ou de rejet, l'individu risque de développer des schèmes cognitifs mésadaptés

ou *dépressogènes*. Dès lors, il est possible qu'il se glisse certaines erreurs cognitives lors du traitement de l'information.

Au deuxième niveau conceptuel du modèle de dépression, on retrouve les distorsions cognitives. Elles prennent la forme de croyances rigides, inappropriées et non réalistes. Plus précisément, parmi les principales erreurs cognitives on retrouve: 1) l'inférence arbitraire: tirer des conclusions hâtives, 2) l'abstraction sélective: mettre l'accent sur les stimuli négatifs pour structurer sa pensée, 3) la surgénéralisation: se faire une idée générale à partir de certains éléments isolés, 4) l'exagération / minimisation: faire des erreurs lorsque l'on évalue la portée d'un événement, 5) la personnalisation: attribuer toute la responsabilité d'un événement à une même personne et 6) la pensée dichotomique: décrire et évaluer son environnement de façon extrémiste sans nuance (Brinster, 1995). Les schèmes cognitifs dépressogènes peuvent être inactifs (latents) pendant un certain temps et ainsi n'avoir aucun effet sur le processus cognitif (traitement d'information). Mais aussitôt qu'une situation stressante se présente, ils deviennent actifs. Ils sont donc inactifs lors de la période non dépressive et deviennent progressivement actifs au fur et à mesure que la dépression se développe.

Selon Beck (1972, 1976), la vulnérabilité cognitive de l'individu dépressif est d'autant plus grande que les schèmes cognitifs

mésadaptés qu'il utilise l'empêchent d'avoir une vue d'ensemble de sa réalité. Ce faisant, il a plutôt une vision biaisée négativement de lui-même, de son monde et de son futur. En fait, la présence d'erreurs de traitements, rend les croyances qui régissent sa triade cognitive plus rigide. Ainsi, l'individu risque fort de se percevoir comme déficient, inadéquat, sans valeur et de s'attribuer la responsabilité de tous les événements négatifs qui lui arrivent. Et ce, même s'il n'en a aucune preuve. En fait, il se rejette lui-même. Face à son environnement, il aura la même attitude. Il interprète constamment de façon négative ses interactions avec son entourage, de même que toutes les situations qui se présentent à lui. De plus, il ne peut envisager son avenir positivement. Pour lui, c'est inévitablement une suite d'échecs. Il anticipe déjà les difficultés et les souffrances auxquelles il pourrait être ou sera confronté. Il les perçoit d'ailleurs comme étant permanentes. Chaque jugement négatif qu'il porte sur lui-même, son environnement et son futur, tend à cristalliser le(s) concept(s) qui le(s) sous-tend(ent).

Nous savons maintenant que nos humeurs et nos états d'âme sont conditionnés par les représentations mentales (verbales ou imagées) que nous avons des événements qui nous affectent, mais aussi par les monologues qui en découlent. Ceci nous amène au troisième niveau conceptuel de la théorie cognitive de Beck soit: le langage intérieur. Le langage intérieur que se tient l'individu reflète

les deux autres niveaux. L'individu dépressif se parle en utilisant des pensées dysfonctionnelles, automatiques et involontaires qui perpétuent son état dépressif. Il ne requestionne pas son auto-langage, car toutes les attitudes, croyances et présuppositions avec lesquelles il évalue son environnement sont considérées comme plausibles et valides (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Les résultats de Missel et Sommer (1983), obtenus lors d'une étude auprès d'une population clinique adulte confirment le troisième niveau conceptuel de la théorie de Beck. Ces auteurs concluent que les personnes dépressives présentent moins de verbalisations intérieures positives et plus de verbalisations intérieures négatives comparativement aux personnes non dépressives. Ils précisent même que plus l'indice dépressif est sévère plus le taux de verbalisations intérieures positives est faibles.

## Suicide

### Conceptualisation du suicide

Selon les différentes perspectives historique, sociale et professionnelle, le concept du suicide a traversé diverses périodes d'acceptation, de rejet et d'ambivalence. L'intérêt pour ce phénomène ne cesse toutefois d'augmenter depuis quelques années. Bon nombre de chercheurs tentent de découvrir quels sont les

facteurs qui peuvent conduire une personne à commettre un comportement aussi radical.

Avant d'aller plus loin, étant donné que cette étude tente de différencier le concept de dépression de celui du suicide et surtout pour avoir une meilleure compréhension de ce dernier point, il s'avère important, voire même nécessaire, de distinguer les trois principaux aspects qui composent le phénomène du suicide soit: le suicide complété, la tentative de suicide et l'idéation suicidaire. Ainsi, le suicide complété se définit comme étant l'acte conscient et délibéré de se donner la mort. La tentative de suicide est le geste par lequel une personne met sa vie en danger avec l'intention plus ou moins réelle de se donner la mort et qui n'entraîne pas le décès. En fait, «elle représente l'échec du suicide, qu'elle qu'en soit la raison» (Labelle, 1994). Finalement, l'idéation suicidaire, c'est l'idée de vouloir s'enlever la vie en pensant ou pas aux moyens pour le faire et aux conséquences que cela occasionnerait. L'idéation suicidaire peut être qualifiée de sérieuse ou passagère. (Reynolds & Johnston, 1994) La présente étude touche les deux derniers aspects du suicide soit: la tentative de suicide et les idéations suicidaires.

## Épidémiologie

En débutant cette section, il est impératif de souligner que les statistiques ne recensent que les suicides et tentatives de suicide dévoilés. En effet, plusieurs suicides et tentatives de suicide sont masqués sous forme d'accidents ou sont tout simplement non déclarés par la famille. Qui plus est, une étude démontre que 86% des parents ne savent pas que leur enfant a fait une tentative de suicide (Kashani, Goddard & Reid, 1989).

Comme il a été mentionné précédemment, l'intérêt porté au phénomène du suicide ne date pas d'hier. Il y a plus de vingt ans, Toolan (1975) notait déjà dans ses écrits que le taux de comportements suicidaires avait commencé à augmenter chez les enfants et adolescents. Ce même auteur relate que sur 900 jeunes admis à l'hôpital, 102 d'entre eux consultaient pour des menaces ou tentatives de suicide. Plus récemment, Robinson (1994) convergeait dans le même sens, en affirmant que le comportement suicidaire était l'une des raisons d'admission à l'urgence les plus fréquentes chez les enfants et les adolescents.

On évalue présentement que le taux de suicide chez la population adolescente a plus que triplé depuis une vingtaine d'années. Alors qu'entre 1960-1969 le taux de suicide chez les jeunes de 15-29 ans était de 6,2/100 000 habitants, il atteignait entre 1980-1989 le



taux considérable de 19,4/100 000 habitants (Gratton, 1996). Selon les résultats rapportés par Duchesne (1996), depuis 1991 le suicide est la plus importante cause de mortalité violente ou par traumatisme chez les jeunes hommes québécois âgés entre 15 et 24 ans. En 1991, pour la première fois de l'histoire, ce taux a dépassé celui des décès par accident de véhicules moteur (1105 décès contre 958 décès) (Duchesne, 1994). Plus précisément chez la population des 15-24 ans, le taux de mortalité par accident de véhicules moteur est de 29/100 000 chez les hommes et de 5/100 000 chez les femmes. Tandis que le taux de mortalité par suicide est de 49/100 000 pour les hommes et de 8/100 000 pour les femmes (Duchesne, 1996). Est-il nécessaire de rappeler que, non seulement le nombre de suicides officiels est inférieur au nombre réel, mais que les accidents de la route peuvent facilement camoufler des morts volontaires?

Le phénomène des tentatives de suicide est également très important. Plus spécifiquement pour le Québec, une étude de Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984) propose un ratio de 200 tentatives pour chaque suicide complété chez les jeunes. Les statistiques nous démontrent en effet, que l'on retrouve le plus haut taux de tentatives de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans (Labelle, 1994). Pour leur part, Tousignant, Hamel et Bastien (1988) et Pronovost, Côté et Ross (1990) suggèrent un taux de tentative de suicide entre 4.3% et 6.7% chez les jeunes des secondaires III à IV

Autant chez les adultes que chez les adolescents, le taux de suicide complété est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, on estime même qu'il est 6 fois plus élevé (Duchesne, 1996). Toutefois, on observe que le rapport homme/femme s'inverse lorsque l'on examine les statistiques concernant le nombre de tentatives de suicide. Ainsi, selon le Ministère de santé et bien-être social (1987), cité par Labelle (1994), il existe un ratio de 38 tentatives de suicide pour chaque suicide complété chez les garçons de 15 à 19 ans. Toutefois, pour les filles du même âge, on remarque que le nombre de tentatives de suicide grimpe à 217 pour un suicide complété. En plus de confirmer le taux de pensées et de comportements suicidaires plus élevés chez les filles, l'étude de Pronovost, Côté et Ross (1990) effectuée auprès d'une population étudiante âgée de 12 à 18 ans, démontre que 15.4% des jeunes ont sérieusement songé au suicide au cours des années antérieures. L'aspect des idéations suicidaires occupe aussi une grande place dans les statistiques. Les résultats de Tousignant et al. (1988) proposent qu'un jeune sur huit a pensé au suicide au cours de la dernière année. Cette dernière enquête souligne l'existence d'un taux d'adolescents suicidaires élevé au niveau des trois dernières années du secondaire. Ladame et Jeanneret (1982) avaient donc raison de décrire le suicide complété comme étant «seulement le sommet de l'iceberg d'une multitude de comportements suicidaires.»

### Perspectives théoriques

La majorité des recherches s'intéressant au suicide mettent l'emphasis sur la détection des signes mésadaptatifs présents chez les personnes suicidaires; par exemple, la consommation de drogue et d'alcool, les difficultés scolaires, les problèmes de communication, etc. D'autres chercheurs, moins nombreux, ont trouvé intéressant d'étudier les caractéristiques adaptatives qui peuvent empêcher les personnes, qui vivent des situations difficiles, de choisir le suicide comme solution à leurs problèmes. Parmi eux et comme pionnier, on retrouve Frankl (1959, 1988) qui a voulu comprendre ce qui peut maintenir les gens en vie lorsqu'ils vivent des stress immenses. Ce dernier a réalisé des recherches qualitatives auprès des personnes ayant survécues dans les camps de concentration nazi. Il a découvert que ce qui permettait à ces personnes de vouloir continuer à vivre, malgré des stress extrêmes, était leurs croyances à propos de la vie et leurs attentes face au futur. Suite à ces recherches, cet auteur a développé une thérapie qui repose sur le sens de la vie: la logothérapie. Cette thérapie met l'accent sur les raisons de vivre d'une personne et surtout sur les efforts qu'elle fait pour les découvrir. Ces efforts constituent une force fondamentale chez l'humain. Frankl (1959, 1988) a tôt fait de remarquer qu'il existe un phénomène généralisé dans les sociétés industrielles: le sentiment que la vie est dénuée de sens. On peut facilement se référer aux observations de Gratton (1996) qui

soulignent que la génération présente des jeunes se considère souvent comme ayant aucun avenir «no futur». Frankl (1959, 1988) estime que ce syndrome collectif s'exprime de trois façons chez les jeunes soit: par la dépression, l'agressivité et la toxicomanie. Il ajoute que le développement de ces trois phénomènes est dû en grande partie à ce qu'il appelle «le vide existentiel». C'est un sentiment de vide intérieur et d'absence de raisons de vivre. Il se manifeste principalement par un état d'ennui.

En lien avec cette notion de vide, Frankl affirme qu'il est risqué de croire que la santé mentale dépend avant tout d'un équilibre intérieur, c'est-à-dire dénué de tension. En fait, ce dont l'homme a besoin ce n'est pas de vivre sans tension, mais bien de tendre vers un but valable, comme par exemple: la recherche d'un sens à sa vie. La personne qui a trouvé un sens à sa vie est capable de faire face à la souffrance. Toutefois, lorsque la recherche d'une raison de vivre s'avère un échec, l'individu perd sa joie de vivre et surtout, il perd la confiance qu'il avait en ses capacités de faire face aux situations difficiles. Frankl affirme même: «la personne qui cherche en vain une signification à son existence peut en mourir» (Frankl, 1959-1988). C'est donc lorsque la personne démissionne de cette recherche que la mort peut devenir pour elle une solution plausible.

Mais comment la vie peut-elle conserver son sens en dépit de tous ses aspects tragiques? Selon Frankl (1959, 1988), cela exige

que la personne soit capable de transformer les aspects négatifs. En d'autres mots, ce qui importe, est de tirer la meilleure partie possible de chaque situation. Par ailleurs, cet optimisme face à la tragédie ne se commande pas. Selon Frankl (1959, 1988), la personne doit avoir au moins une raison d'être optimiste et heureuse. En ce sens, le rôle principal de la logothérapie consiste à élargir le champ perceptible de la personne afin qu'elle puisse avoir une vue d'ensemble de ce qui lui arrive, de sa vie et surtout du sens qu'elle veut lui donner. Il est également important d'amener la personne à se sentir responsable de sa propre vie.

Linehan, Goodstein, Nielsen et Chiles, (1983) ont poursuivi les recherches entreprises par Frankl, en focalisant toujours sur les caractéristiques adaptatives présentes chez les personnes non suicidaires. Leur travail s'engage pleinement dans un contexte cognitif et cognitivo-béavioral, qui affirme qu'un des facteurs qui différencient les personnes suicidaires des personnes non suicidaires, c'est le contenu de leur système de croyances. En ce sens, Bedrosian et Beck (1979) suggèrent que les croyances d'une personne, de même que ses attentes désespérées sont reliées au fait qu'elle va considérer ou non le suicide comme solution plausible à ses souffrances. Beck (1989) souligne aussi l'incapacité pour le suicidaire de se projeter dans le futur, d'imaginer son avenir. Pour sa part, Neuringer (1964) rapporte qu'un style cognitif

rigide est une caractéristique communément retrouvée chez les suicidaires.

L'hypothèse de Linehan et al. (1983) statue que les personnes qui ne s'engagent pas dans des comportements suicidaires détiennent des croyances et des attentes adaptatives qui ne sont pas présentes chez les personnes suicidaires. Les résultats démontrent en effet que les personnes non suicidaires diffèrent des personnes suicidaires au niveau du degré d'importance qu'elles accordent au système de croyances et d'attentes reliées à la vie (Linehan et al., 1983). Donc les personnes non suicidaires ont plus de raisons de vivre qu'elles qualifient comme importantes, que les personnes ayant une histoire de comportements suicidaires.

Très récemment, Gratton (1996) publiait «Le suicide d'être de jeunes québécois», un volume où elle tente de mieux comprendre le phénomène du suicide auprès des adolescents. Selon elle, le type de suicide qui concerne la population adolescente c'est le suicide d'être. Elle explique que ces suicides relèvent de la reconnaissance par le sujet de son échec à donner un sens à sa vie.

Elle ajoute que les nombreuses variables, étudiées jusqu'à maintenant, telles que: la peine d'amour, la grossesse non-voulue, l'échec scolaire, le divorce, la dépendance à l'alcool et aux drogues etc., ne permettent pas, à elles seules, l'élaboration d'une explication valable au fait qu'un jeune choisisse le suicide comme

solution à ses problèmes. Il est évident que tous les facteurs énumérés plus haut, de même que plusieurs autres, peuvent agir en tant qu'agents précipitants. Toutefois, Gratton affirme que ce n'est que lorsqu'ils se greffent à une autre dynamique plus intérieure et propre à chaque jeune, que la possibilité du suicide est envisagée. C'est ce qui explique entre autres le fait que ce n'est pas tous les jeunes rencontrant ces problèmes qui optent nécessairement pour une solution aussi dramatique.

Gratton (1996) opte, elle aussi, pour un point de vue cognitif. En ce sens, elle souligne que la dynamique suicidaire ne naît pas chez un jeune comme par enchantement. Elle se construit graduellement au fil des jours et des années et ce, à partir de l'évaluation que le jeune porte sur lui-même, sur ses rapports avec son entourage et la société au sens large. Selon Gratton, les valeurs qui inspirent le jeune et les ressources dont il dispose pour les réaliser sont capitales pour expliquer le choix qu'il fait de recourir ou non au suicide comme solution à ses problèmes.

Les perspectives théoriques présentées jusqu'ici appuient l'importance qu'occupent les croyances adaptatives chez les personnes vivant des situations difficiles.

## Études empiriques sur la dépression et le suicide

La prochaine section vise à faire état des nombreuses recherches qui ont touché les thèmes exploités dans cette étude, soit: la dépression, le suicide et la variable cognitive (distorsion, rigidité, raison de vivre). On retrouve très souvent ces variables traitées en couple, c'est-à-dire: la dépression et la variable cognitive ou le suicide et la variable cognitive. Mais, à peu de reprises la dépression, le suicide et les variables cognitives ont été considérées à l'intérieur d'une même recherche. L'étude de Connel et Meyer (1991) fait exception. Elle regroupe les trois variables, mais ne compare aucunement la variable cognitive des dépressifs par rapport à celle présente chez les suicidaires.

Les prochains paragraphes démontrent l'importance de mettre en relation l'indice de dépresssion et le risque suicidaire, pour ensuite mieux les différencier à partir d'un même facteur soit: la variable cognitive (raison de vivre).

### Dépression et variable cognitive

De nombreuses recherches ont été effectuées afin de confirmer l'existence d'une différence entre les personnes dépressives et les personnes non dépressives au niveau du traitement de l'information et plus particulièrement des distorsions cognitives, visant ainsi à



appuyer le modèle de Beck. Des études menées autant auprès de populations cliniques que non-cliniques, adultes comme adolescentes supportent l'existence d'une différence significative au niveau des distorsions cognitives entre les individus dépressifs et les individus non-dépressifs (Krantz & Hammen, 1979; Norman, Miller, III & Klee, 1983; Marton, Churchard & Kutcher, 1993; Marcotte, 1995; Moilanen, 1995). À titre d'exemple, au cours de ses recherches, Marcotte (1995) rapporte que les adolescents dépressifs utilisent un langage intérieur contenant davantage de pensées automatiques négatives que leurs pairs non-dépressifs. Elle a aussi remarqué qu'il y a une corrélation positive entre les symptômes dépressifs et les croyances irrationnelles, de même qu'entre les symptômes dépressifs et la tendance à dramatiser (Marcotte, 1996)

Suite à leurs efforts pour répertorier les études faisant état de la théorie cognitive, Haaga, Dyck et Ernst (1991) en sont venus à la conclusion que les résultats empiriques trouvés, prouvaient très significativement que les gens dépressifs ont des pensées plus négatives à propos d'eux-mêmes, de leur environnement et de leur futur, que les gens non-dépressifs. Ces mêmes auteurs ont pu aussi confirmer qu'il existe une corrélation positive entre le degré de pensées négatives qu'une personne dépressive peut avoir et les autres symptômes de dépression présents. Donc, plus la dépression est sévère, plus le degré de pensée négative est élevé.

D'autre part, les études mettant en relation les variables: raisons de vivre et dépression sont très peu nombreuses et fournissent des résultats contradictoires. Ainsi, dans leur étude auprès du personnel militaire, Ulmer, Range et Gale (1992) soulignent l'existence d'une corrélation négative entre la dépression et le degré d'importance des raisons de vivre. Par ailleurs, lors d'une étude où ils induisent différentes émotions soit: l'enthousiasme et la dépression, Ellis et Range (1992) ne rapportent aucune différence significative à l'échelle globale de l'*Inventaire des raisons de vivre* de même qu'au niveau des sous-échelles, entre les participants dépressifs et les participants n'ayant reçu aucune induction.

### Suicide et variable cognitive

Neuringer (1964) s'intéresse depuis longtemps aux différences qui existent entre le traitement de l'information des personnes suicidaires et celui des personnes non suicidaires. En effet, ses études lui ont permis de conclure que les personnes suicidaires démontrent plus de rigidité de pensée que les personnes non suicidaires. Plus précisément, les résultats révèlent que les personnes suicidaires utilisent plus la pensée dichotomique que les personnes non suicidaires présentant des troubles psychosomatiques et que le groupe contrôle (Neuringer, 1964; 1982). Dans ses études de 1968 et 1979, Neuringer a même voulu

évaluer les participants selon leur degré de potentiel (risque) suicidaire. Il remarque que lorsque l'intention de mourir est très sérieuse, le suicidaire pense davantage de façon dichotomique que les participants dont l'intention de mourir est moins sérieuse.

Pour ce qui est de la variable raison de vivre, les études rapportent des résultats unanimes. Elles font toutes état d'une différence significative entre les personnes suicidaires et non suicidaires, au niveau du degré d'importance accordé aux différentes raisons de vivre. Et ce, autant auprès d'une population adolescente (Cole, 1989) qu'adulte (Linehan et al., 1983). Certains chercheurs ont également tenté de préciser davantage la différenciation au niveau de la population suicidaire. En ce sens, des auteurs tels que Linehan et al., (1983) et Connell et Meyers, (1991) ont voulu savoir s'il existait une différence au niveau des raisons de vivre, entre des groupes de degrés suicidaires différents. De plus, ils ont aussi voulu préciser quelle était l'importance accordée aux différentes sous-échelles de *l'Inventaire des raisons de vivre*, pour les différents groupes. Les résultats obtenus par Linehan et ses collaborateurs (1983), auprès d'une population adulte dont l'âge moyen est de 36 ans, démontrent que les participants n'ayant jamais songé au suicide accordent plus d'importance aux raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation et aux responsabilités familiales que les participants ayant eu des idéations suicidaires ou commis une tentative. La sous-échelle survie et adaptation

permettrait aussi de différencier les participants n'ayant pas songé au suicide sérieusement, des participants qui ont des idéations suicidaires sérieuses. Ces derniers y accordant moins d'importance que les participants ayant des idéations non sérieuses. Cette sous-échelle ne permet toutefois pas de différencier les participants ayant des idéations suicidaires sérieuses de ceux qui ont fait un passage à l'acte.

En deuxième lieu, la sous-échelle responsabilité des enfants permet de partager les participants de cette étude en deux groupes distincts. Les participants n'ayant jamais eu d'idéations suicidaires, de même que ceux qui n'y ont pas pensé sérieusement semblent donner plus d'importance aux raisons de vivre reliées à cette sous-échelle que les participants ayant des idéations suicidaires sérieuses ou fait une tentative de suicide.

Les résultats les plus surprenants sont ceux reliés à la sous-échelle peur du suicide. En effet, il semblerait que plus le degré d'idéations suicidaires du participant est sérieux, plus ce dernier accorde d'importance aux raisons reliées à la peur du suicide. Toutefois, cette peur du suicide diminue considérablement chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide. Donc plus les gens sont près d'un passage à l'acte suicidaire, plus ils ont peur du suicide et de la mort.

Pour leur part, les résultats de Connell et Meyer (1991) proviennent d'une étude effectuée auprès des adolescents dont la moyenne d'âge est de 19 ans. Ainsi les résultats démontrent que les participants n'ayant aucun passé d'idéations suicidaires accordent plus d'importance aux raisons de vivre reliées aux sous-échelles: survie et adaptation, responsabilité familiale et objection morale, que les participants ayant eu des idéations ou des comportements suicidaires. Ces mêmes facteurs différencient aussi les participants qui n'ont pas pensé au suicide sérieusement de ceux qui y ont pensé sérieusement ou ont fait une tentative de suicide.

On peut aussi souligner que seule la sous-échelle survie et adaptation semble permettre de différencier les quatre groupes soit: jamais songé au suicide, idéations suicidaires non sérieuses, idéations suicidaires sérieuses et tentative de suicide. Il semble donc que plus le potentiel suicidaire du participant est élevé, moins il accorde d'importance aux raisons de vivre qui se rapportent à la survie et à l'adaptation.

### Suicide, dépression et variables cognitives

Le suicide et la dépression sont souvent perçus comme deux notions voisines. En effet, durant plusieurs années le comportement suicidaire a été considéré comme étant le symptôme de plusieurs troubles psychologiques, dont la dépression (American

Psychological Association, 1980, 1987, 1994, cité par Reynolds & Johnston, 1994). Toutefois, Glaser (1967) souligne que les symptômes tels que la tentative de suicide et le suicide, qui sont considérés chez l'adulte comme étant des symptômes de dépression, ne permettent pas de conclure nécessairement à ce diagnostic lorsqu'ils sont repérés chez un jeune. Ces symptômes peuvent être un signe d'impulsivité, de colère (hostilité) ou de rébellion (Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner & Jans, 1992). D'autre part, Reynolds et Mazza (1990, cité par Reynolds & Johnston, 1994) ont découvert que la dépression est l'un des troubles psychologiques les plus fréquemment répertoriés chez les enfants et adolescents suicidaires. Ces auteurs ajoutent toutefois qu'il ne faut pas perdre de vue que beaucoup de jeunes déprimés ne manifestent pas de comportements suicidaires, comme il y a aussi des jeunes suicidaires qui présentent peu de symptômes dépressifs. En ce sens, les études démontrent qu'entre 10.9% à 65.4% des jeunes suicidaires sont en effet dépressifs (Davidson & Choquet, 1981; Pronovost, Côté & Ross, 1990). Par ailleurs, Beck, Steer, Kovacs et Garrison (1985) rapportent que la sévérité de la dépression ne permet pas de différencier les adultes ayant des idéations suicidaires et qui ne commettraient pas le suicide de ceux ayant des idéations suicidaires, mais qui passeraient à l'acte. Williams et Wells (Beck, 1989) soulignent, eux aussi, que la dépression seule ne peut être suffisante pour produire des idées suicidaires, et que c'est souvent lorsqu'elle est accompagnée de désespoir à propos du

futur que l'on voit apparaître de telles idéations. Selon Beck et al. (1985), c'est le désespoir associé à d'autres troubles psychologiques qui prédisposent la personne aux comportements suicidaires. Une étude de Côté, Pronovost et Larochelle (1990) propose que ce sont les sentiments de vide et de désespoir qui différencient les personnes suicidaires des personnes dépressives. Toutes ces études nous permettent de proposer que le suicide ne serait pas nécessairement l'aboutissement ou le symptôme d'une dépression sévère. Selon Reynolds, le fait d'avoir perçu le comportement suicidaire comme le symptôme de plusieurs autres troubles ou comme fréquemment associé à la dépression a nuit de façon importante à sa signification clinique comme forme distincte de pathologie. En d'autres mots, il estime que «dépression et comportements suicidaires sont deux formes reliées, mais distinctes de psychopathologie chez les jeunes» (1992a, p.153, cité par Baron, 1993; Reynolds, 1991). Il souligne même l'importance d'accentuer les recherches dans ce domaine, ce que la présente étude se propose de faire.

## Hypothèses

La présente étude vise à explorer si les adolescents adoptent des degrés d'importance différents aux diverses raisons de vivre , selon qu'ils sont déprimés ou non et/ou suicidaires ou non. Les raisons de vivre nous permettront donc de distinguer ces deux phénomènes complexes que sont la dépression et le suicide.

Nous émettons l'hypothèse qu'il existe une différence significative au niveau du degré d'importance accordé aux différentes raisons de vivre (scores globaux et scores des sous-échelles) selon que les adolescents sont: 1- non suicidaires non déprimés, 2- non suicidaires déprimés, 3- suicidaires non déprimés, 4- suicidaires déprimés n'ayant commis aucune tentative de suicide et 5- suicidaires déprimés ayant commis une tentative de suicide.

Cette hypothèse générale peut, de façon plus précise, se diviser en quatre volets. Nous proposons en premier lieu, que les adolescents non suicidaires non déprimés (groupe 1) accordent un degré d'importance aux raisons de vivre plus élevé que les adolescents des autres groupes.

Dans un deuxième volet, nous suggérons l'existence de deux groupes distincts d'adolescents: non suicidaires déprimés (groupe 2) et suicidaires non déprimés (groupe 3). Nous suggérons également



l'existence d'une différence entre ces deux groupes au niveau du degré d'importance qu'ils accordent aux différentes raisons de vivre de l'Inventaire (IRV).

Un troisième volet propose l'hypothèse d'une vulnérabilité accrue, au niveau des croyances adaptatives, chez les adolescents affichant la concomitance des troubles de dépression et de suicide (groupes 4 et 5), comparativement aux adolescents ne présentant qu'un seul des deux troubles (groupes 2 et 3). Cette vulnérabilité se traduisant par un degré d'importance inférieur des différentes raisons de vivre.

Au niveau du quatrième et dernier volet, nous suggérons l'existence de différences sexuelles dans les différents groupes établis et ce, plus précisément au niveau des sous-échelles peur du suicide et désapprobation sociale. En fait, nous émettons l'hypothèse que les filles ont plus peur du suicide que les garçons et que ces derniers ont davantage de croyances reliées à la désapprobation sociale que les filles.

## Méthode

La présente section présente la méthodologie de cette étude. Elle comprend donc l'information concernant la population ciblée, les instruments de mesure utilisés ainsi que le déroulement de l'expérimentation.

### Participants

Cette étude a été réalisée auprès d'étudiants de troisième, quatrième et cinquième secondaire. Nous avons préféré cibler principalement cette population pour deux raisons: premièrement, c'est à ces âges que la dépression subit une hausse importante, voire même atteint son sommet. De plus, comme le souligne Tousignant et al. (1988) et Pronovost et al. (1990), on retrouve un taux d'adolescents suicidaires particulièrement élevé dans les trois dernières années du secondaire. Le milieu choisi a été une école secondaire de la région de Thetford Mines. Ce milieu se distingue, entre autres, de par son rang dans les statistiques concernant le suicide. En effet, cette région se situe au deuxième rang des taux de suicide au Québec (Bureau du coroner, 1995)

L'échantillon initial comprend 1092 adolescents. Dix sept participants ont dû être retirés de l'étude étant donné le nombre élevé de données manquantes de leurs questionnaires ou parce qu'ils ne correspondaient pas aux critères de sélection soit: être âgés

entre 14 et 17 ans. Plus précisément, l'échantillon utilisée se compose de 1075 adolescents, 565 filles et 510 garçons. L'âge des participants varie entre 14 et 17 ans, pour une moyenne de 15.6 ans ( $et=1.00$ ). La moyenne d'âge des filles est de 15.54 ans ( $et=0.98$ ) et celle des garçons est de 15.66 ( $et=1.01$ ). L'âge des adolescentes et des adolescents est semblable car il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Pour ce qui est de la moyenne d'âge des différents groupes expérimentaux, elle varie entre 15.51 à 15.90 avec des écarts-types variant de 0.90 à 1.05. Il n'y a pas de différence significative entre les moyennes d'âge des différents groupes.

### Instruments de mesure

Pour évaluer les variables de cette étude soit: les raisons de vivre, l'intensité des symptômes de dépression et le potentiel suicidaire des participants, nous avons utilisé trois instruments. L'Inventaire des raisons de vivre (IRV), le Questionnaire de dépression de Beck (QDB) et le Questionnaire d'idéations suicidaires (QIS).

### L'Inventaire des raisons de vivre

Linehan et ses collègues ont développé le *Reasons for Living Inventory (RLI)* qui permet d'évaluer, selon leur degré d'importance, les raisons pour lesquelles une personne désire vivre et ne pas

commettre un geste suicidaire. La version originale de l'instrument subdivise le concept des raisons de vivre en six catégories de croyances. Trois sous-échelles mesurent des facteurs positifs qui incitent une personne à vouloir continuer à vivre soit: les croyances reliées à la survie et à l'adaptation, aux responsabilités familiales et aux considérations pour les enfants. Trois autres sous-échelles mesurent des facteurs que l'on qualifie de «plus négatifs». Ce sont des facteurs qui font référence à des appréhensions ou à des attentes négatives à propos du suicide, auxquelles l'individu se rattache. On fait référence ici aux raisons de vivre reliées à la peur du suicide, à la peur de la désapprobation sociale et aux objections morales. Cet instrument de mesure a été traduit (IRV) et validé pour le contexte québécois, auprès d'une population universitaire, par Labelle, Lachance et Morval (1996). Pour les fins de la présente étude, la catégorie faisant référence aux considérations pour les enfants a été supprimée étant donnée l'utilisation auprès d'une population adolescente. L'IRV se compose de 48 raisons de vivre mesurées sur une échelle de type Lykert de 1 à 6. On demande donc aux participants de sélectionner le degré d'importance ((1) pas du tout important à (6) tout à fait important) qu'ils accordent à chacune des raisons de vivre, advenant le cas où ils voudraient mettre fin à leurs jours. Un score total est obtenu en additionnant les valeurs numériques accordées à chaque raison de vivre et en divisant le score ainsi calculé par le nombre de raisons de vivre de l'ensemble de l'Inventaire soit: 45 ou 48 selon la population ciblée.

Un score partiel pour chaque sous-échelle peut être calculé. Il suffit de repérer les items se regroupant dans une même sous-échelle, d'additionner les valeurs numériques accordées à chacune et ensuite de diviser cette somme par le nombre de raisons de vivre de cette catégorie. Et comme le suggère Linehan (1985), l'individu qui a peu de raisons de vivre ou qui a peu de raisons de vivre qu'il qualifie d'importantes, est très désavantagé lorsque survient une période de crise. Il peut ainsi devenir plus vulnérable aux comportements suicidaires, comparativement à une personne qui possède plus de raisons de vivre.

L'IRV comporte de nombreux avantages. Premièrement, il est soutenu par les bases théoriques de Frankl (1959-1988) ainsi que celles de Beck (1979). De plus, il possède de bonnes qualités psychométriques. Les premiers résultats de Linehan et al., (1983), obtenus auprès d'une population générale et d'une population clinique, rapportent que les six sous-échelles de l'instrument obtiennent une consistance interne variant entre 0.72 à 0.89. Pour leur part, les résultats rapportés par Osman et al., (1993) à partir de participants universitaires ( $M = 19.72$  ans) suggèrent une consistance interne de 0.89 pour l'échelle globale et variant entre 0.74 et 0.92 pour les six sous-échelles. Par ailleurs, les résultats de Range, Hall et Meyers (1993), obtenus auprès d'une population adolescente, démontrent des coefficients alpha oscillant entre 0.78 et 0.92 pour 5 sous-échelles. Seule la sous-échelle objections

morales obtient un coefficient moins satisfaisant soit: 0.57. Ces résultats nous indiquent tout de même que le *Reasons for Living Inventory* a une bonne consistance interne auprès d'une population adolescente. De plus, lors de leur étude auprès d'une population dont l'âge moyen était 20 ans, Osman, Jones et Osman (1991) obtiennent des coefficients de stabilité temporelle oscillant de 0.75 à 0.85 pour un intervalle de trois semaines. Il fut aussi démontré que cet instrument permet de distinguer les adolescents suicidaires des non suicidaires (Cole, 1989). À l'aide de la version française, Labelle et al. (1996) rapportent, auprès d'une population universitaire francophone, un coefficient alpha de 0.92 pour l'échelle globale et des coefficients variant de 0.74 à 0.94 pour les différentes sous-échelles de l'Inventaire.

#### Le Questionnaire de dépression de Beck (QDB)

L'instrument utilisé pour évaluer la dépression de notre population adolescente est le Questionnaire de dépression de Beck (QDB). Plus spécifiquement, le QDB est un questionnaire qui permet de mesurer l'intensité de la dépression. Il est composé de 21 items permettant d'évaluer différents aspects de la dépression soit: affectif, comportemental, cognitif et somatique. Pour chaque item, il existe un choix de quatre énoncés représentant chacune un degré d'intensité différent du sentiment dépressif ressenti par le participant. Le participant doit se référer à la façon dont il se sent au moment présent, et aussi, à la façon dont il s'est senti au cours

des 7 derniers jours pour sélectionner l'énoncé qui lui correspond. Pour évaluer la sévérité des symptômes, chaque énoncé est présenté selon une échelle de type Lykert de 0 à 3. Le score total de l'instrument est obtenu en additionnant les valeurs numériques de chaque item sélectionnées par le participant. Le score total peut varier entre 0 à 63 et nous révèle ainsi l'intensité de la dépression présente chez le participant. Barrera et Garrison-Jones (1988) proposent qu'un score de coupure de 16 peut soutenir la présence de symptômes dépressifs d'intensité clinique chez le participant.

Ainsi, lorsqu'il est utilisé auprès d'une population clinique âgée entre 15 et 44 ans ou lorsqu'il est utilisé auprès d'adolescents normaux, l'instrument possède des coefficients de consistance interne relativement semblables soit: 0.86 et 0.87 (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Teri, 1982). Bourque et Beaudette (1982) ont élaboré une version française de l'instrument. Les résultats recueillis par ces derniers auprès d'une population adulte francophone démontrent que l'instrument possède un indice de fidélité (test-retest) de 0.92. De plus, le QDB a aussi fait preuve de bonnes qualités psychométriques auprès d'une population adolescente francophone. Deux études effectuées auprès d'une population adolescente francophone rapportent des coefficients alpha de 0.86 et 0.88 (Gosselin & Marcotte, 1997; Gamache, 1996).



### Le Questionnaire d'Idéations Suicidaires (QIS)

Cette étude utilise aussi le Questionnaire d'idéations suicidaires (QIS) de Reynolds (1987). Les idéations suicidaires étant bien souvent des précurseurs de comportements suicidaires encore plus sérieux, cet instrument nous permet de mesurer le risque suicidaire chez les adolescents. Il peut être utilisé comme évaluation initiale du risque d'un passage à l'acte suicidaire, mais il peut également permettre d'évaluer le risque suicidaire (de récurrence) après que le participant ait commis une tentative de suicide. Ce dernier point était important pour notre étude qui vise à comparer les jeunes suicidaires ayant commis ou pas un passage à l'acte. Farberow (1981) souligne en ce sens, qu'étant donné que les comportements suicidaires varient selon un continuum, les personnes présentant des idées suicidaires sans avoir fait de tentative sont sûrement différentes de celles qui ont des idées suicidaires et qui ont commis un geste suicidaire.

Le QIS contient 30 idéations suicidaires différentes. Les idéations citées ont des niveaux de sévérité différents. Certaines font référence à la mort en général comme par ex: «j'ai pensé à la mort». D'autres sont plus spécifiques à la problématique suicidaire telle que: «j'ai pensé à la façon de me suicider». Le participant doit évaluer la fréquence à laquelle est survenue chaque idéation au cours du dernier mois. L'évaluation de la fréquence s'effectue à l'aide d'une échelle de type Lykert à 7 niveaux allant de «je n'y ai

jamais pensé» à «j'y ai pensé à chaque jour». Lors de la correction chaque item est coté de 0 à 6, selon la fréquence de l'idéation indiquée par le participant. Le score total est obtenu en faisant la somme de chaque item, ce qui résulte en un score variant entre 0 et 180. Au niveau des scores de coupure, Reynolds (1987) suggère que les adolescents, dont le score total est égal ou supérieur à 41, présentent des idéations suicidaires sérieuses nécessitant une attention particulière. Reynolds évalue qu'entre 10 et 12% des adolescents obtiennent un score total égal ou supérieur à 41.

Cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques. Reynolds (1987) a premièrement évalué son instrument auprès d'adolescents de secondaires III à V «senior high school» et auprès d'une population clinique d'adolescents ayant commis une tentative de suicide au cours des dernières 24-36 heures. Les résultats démontrent que l'instrument possède un bon niveau de consistance interne avec un coefficient alpha de Cronbach de 0.96 et une corrélation moyenne de chaque item au score total de 0.72.

Récemment, dans leur étude auprès d'une population clinique adolescente, Pinto, McCoy et Whisman (1997) obtiennent des résultats encore plus concluants soit: alpha de Cronbach de 0.97 et une corrélation moyenne item-total de 0.74. Leurs résultats soulignent également une différence significative ( $p < 0.001$ ) au niveau des scores du SIQ entre les adolescents du groupe contrôle et

les adolescents suicidaires. Ces derniers présentant des scores significativement plus élevés.

### Déroulement de l'expérimentation

C'est à l'intérieur des cours réguliers de religion et de morale que les étudiants se sont vus administrer les questionnaires. Les deux expérimentatrices ont suivi le même déroulement lors de l'expérimentation et ce, pour les 40 groupes-classe rencontrés. Premièrement, elles ont informé les participants que le but général de l'étude visait à connaître leurs opinions sur certains aspects de leur vie (ce qui est important pour eux, leurs problèmes, leur avenir). Elles ont aussi précisé aux participants que leur participation était volontaire et que l'information recueillie était confidentielle et anonyme. La passation étant complètement anonyme, cette procédure rendait le dépistage des adolescents suicidaires impossible. Cependant, étant donné que l'expérimentation touchait directement la question du suicide, chaque participant a reçu une liste des numéros de téléphone des différents services d'aide aux personnes en détresse disponibles dans leur région, de même que le nom de personnes-ressource dans leur milieu scolaire. Sur cette liste figuraient aussi les noms et numéros de téléphone des deux expérimentatrices dans l'éventualité où les participants auraient besoin de plus d'informations sur la recherche ou tout simplement besoin de parler. Les directives

expliquées par les expérimentatrices se retrouvaient également inscrites au début des questionnaires. Les questionnaires étaient présentés dans le même ordre pour tous les groupes de participants. Les expérimentatrices demeuraient disponibles pour répondre aux questions. La durée moyenne requise pour compléter les questionnaires était de cinquante minutes.

## Résultats

## Analyses des données

Cette première section vise à présenter la division des groupes de recherche à l'aide des différents instruments utilisés, de même que la description des analyses statistiques effectuées dans le but de répondre à notre objectif de comparer les adolescents présentant ou non des indices dépressifs et/ou suicidaires sur la variable raisons de vivre et ses sous-échelles.

### Division des 5 groupes de recherche

Les différents groupes sont formés à partir des scores de coupure suggérés pour le Questionnaire de Dépression de Beck (QDB) et le Questionnaire d'idéations suicidaires de Reynolds (QIS).

Pour l'indice de dépression, nous avons retenu seulement les participants obtenant un score total inférieur ou égal à 9 (absence de dépression) ou un score total supérieur ou égal à 16 (indice de dépression modéré et plus). Au niveau de l'indice d'idéations suicidaires, les participants sont séparés en deux groupes, selon qu'ils obtiennent un score total inférieur ou égal à 40 ou un score total supérieur ou égal à 41 (idéations suicidaires sévères). La question: «Avez-vous déjà commis une tentative de suicide?» nous

a également permis de différencier les participants suicidaires dépressifs avec ou sans tentative de suicide. Nous avons également évalué la période de temps depuis la dernière tentative de suicide soit: au cours des 12 derniers mois ou il y a plus d'une année. Seuls les participants ayant commis un geste suicidaire au cours des douze derniers mois sont retenus pour former le groupe suicidaire dépressif avec tentative.

Nous avons ainsi formé cinq groupes de recherche: les participants non suicidaires non dépressifs (NSND), les participants non suicidaires dépressifs (NSD), les participants suicidaires non dépressifs (SND), les participants suicidaires dépressifs n'ayant commis aucune tentative de suicide au cours des douze derniers mois (SD) et les participants suicidaires dépressifs ayant commis une tentative de suicide au cours de la dernière année (SD-T).

Il est important de noter que pour alléger ce document nous avons cru bon dans les paragraphes qui vont suivre d'utiliser les acronymes entre parenthèses pour identifier nos différents groupes. Pour faciliter la compréhension du lecteur, nous avons également inséré un tableau présentant les différents acronymes et leurs significations (Tableau 1).

Tableau 1

Descriptions des acronymes utilisés pour nommer les 5 groupes

<u>Acronymes</u>	<u>Significations</u>
NSND	Non suicidaire, non dépressif
NSD	Non suicidaire, dépressif
SND	Suicidaire, non dépressif
SD	Suicidaire, dépressif sans tentative de suicide
SD-T	Suicidaire, dépressif avec tentative de suicide



### Description des analyses statistiques

Dans un premier temps, nous avons calculé les scores moyens obtenus aux différents instruments de mesure. Nous avons ensuite réalisé une analyse de variance univariée 2 (sexe) x 5 (groupe) sur les scores globaux obtenus à l'IRV. Plus spécifiquement, cette section expose les différences sexuelles de l'échantillon complet, les différences entre les groupes, de même que l'effet d'interaction sexe x groupe obtenus sur les scores globaux de l'IRV. Des tableaux offrent une illustration et une synthèse des résultats obtenus.

Une analyse de variance multivariée 5 (sous-échelle) x 2 (sexe) x 5 (groupe) nous permet ensuite d'évaluer les différences sexuelles de l'échantillon complet, les différences entre les groupes et l'effet de l'interaction sexe x groupe au niveau des scores obtenus sur chaque sous-échelle de l'IRV.

Nous avons également décomposé les effets groupes dans chaque sexe, ainsi que les effets sexe dans chacun des cinq groupes. Des tableaux illustrent les différences significatives obtenues pour chaque sous-échelle de l'IRV. Nous avons également inséré des tableaux synthèses qui permettent au lecteur d'avoir une vue d'ensemble des résultats.

Tableau 2  
Scores moyens obtenus par les garçons et les filles au QIS, au QDB et à l'IRV

Groupes de recherche	NSND			NSD			SND			SD			SD-T		
	filles	garçons	Total	filles	garçons	Total	filles	garçons	Total	filles	garçons	Total	filles	garçons	Total
	n=290	n=358		n=67	n=23		n=4	n=15		n=48	n=21		n=23	n=6	
<u>I</u> déations	8.40	7.04	7.65	25.99	21.17	24.76	76.00	60.80	64.00	93.54	87.43	91.68	103.83	115.33	106.21
<u>suicidaires</u>	(6.17)	(7.94)	(8.07)	(9.31)	(11.86)	(10.18)	(50.15)	(18.51)	(26.95)	(32.25)	(34.95)	(32.96)	(34.53)	(39.14)	(35.11)
<u>Dépression</u>	4.25	3.20	3.67	20.69	18.57	20.14	8.00	6.27	6.63	25.69	28.29	26.48	29.57	37.50	31.21
	(2.90)	(2.65)	(2.81)	(4.12)	(3.74)	(4.11)	(2.00)	(2.15)	(2.19)	(6.52)	(10.31)	(7.88)	(8.63)	(15.18)	(10.51)
<u>Raisons de</u>	4.42	4.35	4.38	3.83	3.62	3.78	3.69	3.55	3.58	3.29	2.70	3.11	2.73	1.88	2.55
<u>vivre</u>	(0.54)	(0.68)	(0.62)	(0.67)	(0.81)	(0.71)	(0.31)	(0.61)	(0.56)	(0.82)	(0.84)	(0.86)	(0.71)	(0.76)	(0.79)
.Survie/adapt	5.23	5.09	5.15	4.30	4.19	4.27	4.43	4.15	4.21	3.30	2.94	3.19	2.78	2.02	2.62
	(0.51)	(0.71)	(0.63)	(0.72)	(1.03)	(0.80)	(0.78)	(0.73)	(0.72)	(0.94)	(1.13)	(1.01)	(0.96)	(0.82)	(0.97)
.Respon.fam	4.26	4.30	4.28	3.75	3.72	3.74	3.36	3.54	3.50	3.55	2.83	3.33	3.07	1.88	2.82
	(0.98)	(1.04)	(1.01)	(1.22)	(1.25)	(1.22)	(0.72)	(1.32)	(1.20)	(1.21)	(1.13)	(1.22)	(1.26)	(0.79)	(1.26)
.Peur/suicide	3.10	2.86	2.96	3.27	2.51	3.08	2.32	2.61	2.55	3.86	2.60	3.48	2.78	2.02	2.63
	(1.10)	(1.19)	(1.16)	(1.10)	(1.03)	(1.13)	(1.06)	(0.86)	(0.88)	(1.02)	(1.00)	(1.17)	(1.09)	(1.06)	(1.11)
.Désapro.soc.	2.85	3.21	3.05	3.27	2.91	3.18	3.33	2.71	2.84	3.12	2.27	2.86	3.00	2.00	2.82
	(1.37)	(1.49)	(1.45)	(1.55)	(0.99)	(1.44)	(2.00)	(1.22)	(1.38)	(1.50)	(1.10)	(1.43)	(1.65)	(1.25)	(1.61)
.Object.mor.	2.81	2.91	2.86	2.52	2.29	2.46	1.88	1.97	1.95	2.14	1.68	2.00	1.57	1.04	1.46
	(1.05)	(1.26)	(1.17)	(1.24)	(1.04)	(1.19)	(0.66)	(0.73)	(0.70)	(1.09)	(0.66)	(1.00)	(0.95)	(0.33)	(0.88)

## Présentation des résultats

Le tableau 2 présente les résultats moyens que les filles et garçons des différents groupes obtiennent sur les variables utilisées dans cette étude soit: les idéations suicidaires, la dépression, les raisons de vivre et les sous-échelles rattachées à cette dernière variable soit: survie et adaptation, responsabilité familiale, peur du suicide, désapprobation sociale et objection morale.

### Analyses des scores globaux du RLI

#### Effet du facteur sexe

Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse de variance (2x5) effectuée sur les scores globaux de l'IRV. Les premiers résultats nous permettent d'affirmer qu'il existe un effet du facteur sexe au niveau des scores globaux obtenus à l'IRV ( $F(1,853) = 12.44$ ,  $p < 0.001$ ). En effet, la différence de moyenne souligne le fait que les filles évoquent moins de raisons de vivre qu'elles qualifient comme importantes ( $M = 4.08$ ,  $ET = 0.77$ ) comparativement aux garçons ( $M = 4.11$ ,  $ET = 0.83$ ).

#### Effet du facteur groupe

Cette même analyse souligne aussi la présence d'un effet significatif du facteur groupe sur les scores globaux de l'IRV

Tableau 3

Résultats de l'analyse de variance (2 X 5) (sexe x groupe) sur la  
variable raison de vivre

Source de variance	somme des carrés	degré de liberté	carré moyen	F	Niveau de signification
Sexe	5.30	1	5.30	12.44	p<0.001
Groupe	193.49	4	48.37	113.59	p<0.001
Interaction Sexe x Groupe	6.30	4	1.58	3.70	p<0.01
Total	571.18	854	0.67		

( $F(4,850) = 113.59, p < 0.001$ ). Les différents groupes adoptent donc des degrés de raisons de vivre différents.

Plus spécifiquement, au niveau des différences de moyennes des différents groupes (Tableaux 4 et 4.1), les résultats de l'effet groupe nous démontrent que les jeunes appartenant au groupe NSND ont plus de raisons de vivre qu'ils qualifient comme importantes que les quatre autres groupes ( $p < 0.001$ ). De plus, les jeunes NSD ont plus de raisons de vivre qu'ils qualifient comme importantes ( $M = 3.78$ ), comparativement aux jeunes SD ayant commis ( $M = 2.55$ ) ou non ( $M = 3.11$ ) une tentative de suicide. Les résultats démontrent également que lorsque l'on compare les moyennes obtenues aux scores globaux de l'IRV, les jeunes SND accordent davantage d'importance aux différentes raisons de vivre que les jeunes SD-T. Il est à remarquer que chez ces deux groupes d'adolescents suicidaires, le groupe d'adolescents SD-T ( $M = 106.21$ ) présente un taux nettement plus élevé d'idéations suicidaires (QIS) que le groupe SND ( $M = 64.00$ ). Les scores globaux obtenus à l'IRV permettent aussi de distinguer le groupe des adolescents SD des adolescents SD-T. Tel que l'on pouvait s'y attendre ce sont les jeunes SD-T qui présentent les scores moyens les plus faibles ( $M = 2.55$ ). Les résultats présentent également certaines ressemblances entre les groupes. Il est entre autres possible de constater que les scores moyens des jeunes NSD et ceux des jeunes SND sont



## Tableau synthèse 4.1

Synthèse des différences significatives entre les scores moyens  
obtenus à l'IRV global

---

Effet du facteur groupe:

NSND > NSD, SND, SD, SD-T

NSD > SD, SD-T

SND > SD-T

SD > SD-T

Effet d'interaction sexe x groupe:

filles NSND > filles NSD, SD et SD-T

filles NSD > filles SD et SD-T

garçons NSND > garçons NSD, SND, SD, SD-T

garçons NSD > garçons SD et SD-T

garçons SND > garçons SD-T

filles NSND > garçons NSD, SND, SD et SD-T

filles NSD > garçons SD et SD-T

filles SND et SD > garçons SD-T

garçons NSND > filles NSD, SD et SD-T

garçons NSD > filles SD-T

---

semblables. C'est donc dire que de façon globale, les adolescents dépressifs seulement accordent autant d'importance aux différentes raisons de vivre que les adolescents suicidaires ne présentant aucun indice de dépression significatif. Ces derniers obtiennent aussi des scores moyens semblables à ceux des jeunes SD.

#### Effet d'interaction sexe x groupe

Le tableau 3 démontre qu'il existe également un effet d'interaction significatif des deux facteurs sexe x groupe ( $F(4,850) = 3.70$ ,  $p < 0.01$ ). Les résultats soulignent en effet qu'il existe un effet groupe dans chaque sexe.

En premier lieu, les résultats (Tableaux 4 et 4.1) démontrent que les filles NSND obtiennent des scores globaux moyens significativement plus élevés que les filles des groupes NSD, SD, SD-T. On constate également que les filles NSD se distinguent des filles SD et SD-T en obtenant des scores globaux significativement supérieurs à ces dernières. Les résultats permettent également d'établir certaines ressemblances entre les filles des différents groupes au niveau de leurs scores globaux moyens. En effet, les filles NSD semblent accorder autant d'importance aux diverses raisons de vivre que les filles SND. Par ailleurs, ces dernières obtiennent aussi des scores globaux moyens semblables aux filles SD et SD-T. De plus, aucune distinction n'a pu être établie entre les scores globaux moyens des filles SD et SD-T. C'est donc dire, que de



le score global à l'*Inventaire des raisons de vivre* ne permet pas de distinguer les filles SD qui ont fait un passage à l'acte de celles qui n'en ont pas fait.

En deuxième lieu, les résultats (Tableaux 4 et 4.1) démontrent que les garçons NSND obtiennent des scores globaux moyens significativement plus élevés que ceux des autres groupes (NSD, SND, SD et SD-T). Par ailleurs, les garçons NSD accordent significativement plus d'importance aux raisons de vivre en général que les garçons appartenant aux groupes SD et SD-T. Les résultats permettent aussi de souligner que les garçons SND se distinguent significativement de ceux du groupe SD-T, en obtenant des scores globaux moyens plus élevés que ces derniers. Les résultats permettent également de relever certaines ressemblances entre les garçons des différents groupes au niveau de leurs scores globaux moyens. Tout comme chez les filles, on remarque que les garçons NSD semblent accorder autant d'importance aux diverses raisons de vivre que les garçons SND et que ces derniers accordent autant d'importance aux différentes raisons de vivre que les garçons SD.

Les résultats permettent également d'établir certaines ressemblances entre les filles et les garçons de groupes différents, au niveau de l'importance qu'ils accordent aux différentes raisons de vivre. Les filles SD obtiennent des scores moyens similaires à ceux des garçons NSD et SND, de même que les filles SD-T accordent

des degrés d'importance semblables à ceux des garçons SND. C'est donc dire que les garçons affichant un seul des deux troubles soit: dépressifs seulement et suicidaires seulement, ont tendance à accorder autant d'importance aux diverses raisons de vivre que les filles concomitantes ayant commis ou non une tentative de suicide.

Les résultats ne permettent pas de distinguer un effet sexe pour chacun des groupes au niveau des scores globaux moyens de l'Inventaire. C'est donc dire, que les filles et les garçons appartenant à un même groupe obtiennent toujours des scores globaux moyens semblables.

#### Analyses des scores obtenus aux sous-échelles du RLI

En second lieu, l'analyse de variance de type Manova 5 (sous-échelle) x 2 (sexe) x 5 (groupe) effectuée permet d'analyser les différences entre les sexes, entre les groupes ainsi que les interactions sexe x groupe au niveau des sous-échelles de l'Inventaire des raisons de vivre.

#### Effet du facteur sous-échelle

Les résultats présentés au tableau 5 permettent d'affirmer la présence d'un effet sous-échelle.

Tableau 5

Résultats de l'analyse de variance de type Manova (5 x 5 x 2)  
(sous-échelles x groupes x sexe)

Source de variance	somme des carrés	degré de liberté	carré moyen	F	Niveau de signification
Sous-échelles	258.46	4	64.62	81.64	p<0.001
Sexe	2.90	4	0.72	0.92	ns
Groupes	231.98	16	14.50	18.32	p<0.001
interaction					
Sexe x					
Groupe	20.84	16	1.30	1.65	p=0.05

### Effet du facteur sexe

Aucun effet principal du sexe n'a été relevé sur les différentes sous-échelles (Tableau 5 ).

### Effet du facteur groupe

Les résultats soulignent aussi la présence d'un effet groupe sur les sous-échelles de l'IRV (Tableau 5). C'est donc dire que l'importance accordée aux différentes catégories de raisons de vivre varie significativement, selon que les participants appartiennent à l'un ou l'autre des 5 groupes de recherche ( $F(16,834) = 18.32, p < 0.001$ ). Le tableau 4 révèle également l'effet d'interaction (sexe x groupe) sur les différentes sous-échelles de l'Inventaire ( $F(16,834) = 1.65, p = 0.05$ ). Donc, lorsque les groupes de recherche sont subdivisés par la variables sexe, on retrouve des différences significatives au niveau des sous-échelles.

### Analyses de variance décomposées

Il est intéressant de vérifier comment réagissent les différents groupes de recherche de notre étude sur chacune des sous-échelles de l'IRV. Pour chaque sous-échelle, nous avons donc décomposé les effets groupe, ainsi que les effets de l'interaction sexe x groupe.



Tableau synthèse 6.1

Synthèse des différences significatives entre les scores moyens  
obtenus à la sous-échelle survie et adaptation

---

Effet du facteur groupe:

NSND > NSD, SND, SD, SD-T

NSD + SND > SD, SD-T

SD > SD-T

Effet d'interaction sexe x groupe:

filles NSND > filles NSD, SD et SD-T

filles NSD + SND > filles SD-T

filles NSD > filles SD

garçons NSND > garçons NSD, SND, SD et SD-T

garçons NSD + SND > garçons SD et SD-T

filles NSND > garçons NSD, SND, SD et SD-T

filles NSD, SND et SD > garçons SD-T

filles NSD > garçons SD

garçons NSND > filles NSD, SD et SD-T

garçons NSD + SND > filles SD-T

---

## Survie et adaptation

### Effet du facteur groupe

Les résultats de l'effet groupe sont présentés aux tableaux 6 et 6.1. Les résultats affichent, entre autres, que les adolescents appartenant au groupe NSND accordent significativement plus d'importance à la sous-échelle survie et adaptation que tous les autres jeunes de notre échantillon. Les résultats démontrent également que les jeunes NSD ( $M = 4.27$ ) et les jeunes SND ( $M = 4.21$ ), obtiennent des scores moyens plus élevés à cette sous-échelle que les jeunes SD ayant commis ( $M = 2.62$ ) ou non ( $M = 3.19$ ) une tentative de suicide. C'est donc dire que les adolescents ne présentant qu'un seul des deux troubles accordent plus d'importance aux raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation, que les adolescents concomitants. Il est aussi possible de souligner que le fait d'avoir commis un geste suicidaire au cours de la dernière année semble influencer grandement l'importance que les adolescents SD accordent à cette sous-échelle. En effet, ceux n'ayant pas commis de tentative obtiennent des scores significativement plus élevés à la sous-échelle survie et adaptation comparativement à ceux qui ont commis une tentative de suicide. Les résultats permettent aussi de dégager certaines ressemblances entre les différents groupes. Les jeunes NSD obtiennent des scores moyens semblables à ceux des jeunes SND à cette sous-échelle.

### Effet d'interaction sexe x groupe

Étant donné les résultats obtenus précédemment, nous avons cru intéressant de décomposer ces analyses de variance; afin de les préciser davantage et ainsi savoir comment réagissent les différents groupes de filles et de garçons sur la sous-échelle survie et adaptation.

Les résultats de la décomposition démontrent effectivement l'existence d'un effet groupe dans chaque sexe au niveau de cette sous-échelle soit: pour les filles ( $F(4,843) = 140.71, p < 0.001$ ) et pour les garçons ( $F(4,843) = 77.865, p < 0.001$ ).

En premier lieu (Tableaux 6 et 6.1), les filles du groupe NSND obtiennent des scores moyens significativement plus élevés que les filles NSD, SD, SD-T. Par ailleurs, les filles ne présentant qu'un seul des deux troubles soit: NSD et SND semblent accorder plus d'importance aux raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation que les filles SD-T. Les filles NSD se distinguent également des filles SD. Ce dernier groupe obtenant des scores moyens plus faibles à cette sous-échelle. Les résultats permettent également d'établir certaines ressemblances, entre les filles des différents groupes au niveau de leurs scores moyens obtenus à la sous-échelle survie et adaptation. En effet, les filles NSD semblent accorder autant d'importance à cette catégorie de raisons de vivre que les filles SND. Les filles SND et SD obtiennent également des



scores semblables. De même, aucune distinction ne s'établit entre les scores moyens des filles SD et SD-T. C'est donc dire, que la sous-échelle survie et adaptation ne permet pas de distinguer les filles SD qui ont fait une tentative de suicide de celles qui ne sont pas passée à l'acte.

En second lieu (Tableaux 6 et 6.1), les garçons du groupe NSND obtiennent une moyenne significativement plus élevée que les garçons NSD, SND, SD, SD-T. Les garçons chez qui on ne décèle que la présence d'un seul des deux troubles soit: NSD et SND accordent plus d'importance aux raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation que les garçons SD et SD-T. Les résultats de la décomposition permettent aussi de souligner certaines ressemblances entre les garçons des différents groupes au niveau de leurs scores moyens obtenus à la sous-échelle survie et adaptation. En effet, comme les filles, les garçons NSD semblent accorder autant d'importance à cette sous-échelle que les garçons SND. De plus, aucune distinction n'est relevée entre les scores moyens des garçons SD et SD-T. C'est donc dire, que tout comme chez les filles, les raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation ne permettent pas de distinguer les garçons SD qui ont fait une tentative de suicide, de ceux qui n'en ont pas fait.

Il est important d'ajouter cependant, qu'il existe certaines ressemblances entre les scores moyens des filles et des garçons

des différents groupes. Les filles SD présentent des scores moyens semblables aux garçons SND. Donc, les garçons suicidaires seulement ont autant de raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation que les filles concomitantes sans tentative.

Il est important d'ajouter que les résultats ne démontrent aucun effet sexe dans chacun des groupes au niveau de la sous-échelle survie et adaptation. C'est donc dire, que les filles et les garçons appartenant à un même groupe, accordent des degrés d'importance similaires aux raisons de vivre concernant la survie et à l'adaptation.

### Responsabilité familiale

#### Effet du facteur groupe

Les résultats de l'effet groupe au niveau de la sous-échelle responsabilité familiale (Tableaux 7 et 7.1), démontrent que le groupe NSND obtient un score moyen plus élevé que les quatre autres groupes. Les résultats permettent aussi de constater une différence significative entre les jeunes NSD et ceux appartenant au groupe SD-T. Ces derniers accordent moins de valeur aux raisons de vivre reliées à la responsabilité familiale. Les résultats soulignent certaines ressemblances entre les différents groupes de jeunes. En effet, les jeunes NSD accordent autant d'importance à cette sous-échelle que les jeunes SND et SD. Les jeunes SND



Tableau synthèse 7.1

Synthèse des différences significatives entre les scores moyens  
obtenus à la sous-échelle responsabilité familiale

---

Effet du facteur groupe:

NSND > NSD, SND, SD, SD-T

NSD > SD-T

Effet d'interaction sexe x groupe:

filles NSND > filles SD et SD-T

garçons NSND > garçons SD et SD-T

filles NSND > garçons SD et SD-T

filles NSD > garçons SD-T

garçons NSND > filles SD et SD-T

---

obtiennent des scores moyens semblables aux jeunes SD et SD-T. Cela signifie donc, que la sous-échelle responsabilité familiale ne permet pas de différencier les jeunes suicidaires seulement des jeunes qui affichent les deux troubles: dépression et suicide ayant commis ou non une tentative de suicide.

#### Effet d'interaction sexe x groupe

Les paragraphes suivants présentent les résultats de la décomposition de l'analyse de variance (sexe x groupe) au niveau de la sous-échelle responsabilité familiale. Les résultats de la décomposition soulignent l'existence d'un effet groupe dans chaque sexe pour cette sous-échelle soit: pour les filles ( $F(4,843) = 12.13$ ,  $p < 0.001$ ) et pour les garçons ( $F(4,843) = 17.285$ ,  $p < 0.001$ ).

En premier lieu, la sous-échelle responsabilité familiale (Tableaux 7 et 7.1) permet de différencier les filles NSND de celles appartenant aux groupes SD et SD-T. En effet, les adolescentes des deux derniers groupes accordent significativement moins d'importance aux raisons de vivre qui composent la sous-échelle responsabilité familiale. Les résultats soulignent également plusieurs ressemblances entre les filles des différents groupes au niveau des scores moyens obtenus à cette sous-échelle. Les filles NSND semblent accorder autant d'importance aux raisons de vivre reliées à la responsabilité familiale que les filles NSD et SND. Les filles NSD obtiennent des scores moyens semblables à ceux des

filles SND, SD, SD-T. Les résultats soulignent également une ressemblance entre les scores moyens des filles SND, SD et SD-T. Il nous est donc possible d'affirmer que cette sous-échelle ne permet pas de distinguer les filles suicidaires seulement de celles qui présentent les deux troubles et ayant commis ou non un geste suicidaire. Il est important d'ajouter que cette sous-échelle ne permet pas de différencier les filles SD qui ont fait un passage à l'acte de celles qui n'en ont pas fait.

En second lieu, les résultats (Tableaux 7 et 7.1) permettent également de constater que les garçons NSND obtiennent des scores moyens plus élevés à cette sous-échelle que les garçons SD et SD-T. Les résultats de la décomposition permettent de souligner certaines ressemblances entre les garçons des différents groupes, au niveau de leurs scores moyens obtenus à la sous-échelle responsabilité familiale. En effet, les garçons NSND semblent accorder autant d'importance à cette sous-échelle que les garçons NSD et SND. Les garçons NSD obtiennent des scores moyens semblables à ceux des garçons SND, SD, SD-T. Les garçons SND accordent autant de valeur à cette sous-échelle que les garçons SD et SD-T. De plus, aucune distinction n'est ressortie entre les scores moyens des garçons SD et SD-T. C'est donc dire, que tout comme chez les filles, les raisons de vivre reliées à la responsabilité familiale ne permettent pas de distinguer les garçons suicidaires qui ont fait une tentative de suicide de ceux qui n'en ont pas fait.

Nous pouvons également souligner qu'il existe des ressemblances entre les filles et les garçons de groupes différents. En effet, les filles NSND accordent autant d'importance à la sous-échelle responsabilité familiale que les garçons NSD et SND. Donc les filles du groupe contrôle ont autant de raisons de vivre reliées à cette sous-échelles que les garçons chez qui on repère un des deux troubles. Par ailleurs, les filles SD et SD-T obtiennent des scores moyens semblables à ceux des garçons NSD, SND. C'est donc dire que les garçons qui présentent un seul trouble affichent autant de raisons de vivre reliées à la responsabilité familiale que les filles concomitantes ayant commis ou non un passage à l'acte.

Aucun effet sexe dans chacun des groupes n'est relevé pour la sous-échelle responsabilité familiale. Donc, les filles et les garçons appartenant à un même groupe accordent des degrés d'importance semblables aux raisons de vivre concernant à la responsabilité familiale.

#### Peur du suicide

#### Effet du facteur groupe

Contrairement aux résultats obtenus jusqu'à présent, où l'on obtient généralement une diminution de l'importance accordée aux différentes raisons de vivre au fur et à mesure que le degré de dépression et/ou d'idéations suicidaires augmente, les résultats

(Tableaux 8 et 8.1) démontrent que les jeunes SD ont plus peur du suicide que les jeunes NSND, SND et SD-T. Par ailleurs, les résultats démontrent aussi certaines ressemblances entre les différents groupes. Les jeunes NSND semblent avoir aussi peur du suicide que les jeunes NSD, SND et SD-T. Donc, les jeunes du groupe contrôle ont aussi peur du suicide que les jeunes affichant un seul des deux troubles et les jeunes concomitants ayant commis une tentative de suicide. Néanmoins, aucune distinction n'est relevée entre les jeunes NSD et les autres groupes. Pour leur part, les jeunes SND démontrent des scores semblables à ceux des jeunes SD-T.

#### Effet d'interaction sexe x groupe

La décomposition de l'analyse de variance (sexe x groupe), au niveau de la sous-échelle peur du suicide, permet de préciser davantage les différences entre les filles et les garçons des différents groupes.

Les résultats de la décomposition, obtenus au niveau de la sous-échelle peur du suicide, soulignent l'existence d'un effet groupe dans sexe pour les filles seulement ( $F(4,843) = 6.15, p < 0.001$ ). Cette sous-échelle ne permet donc pas de différencier les différents groupes de garçons de notre échantillon.





## Tableau synthèse 8.1

Synthèse des différences significatives entre les scores moyens  
obtenus à la sous-échelle peur du suicide

---

Effet du facteur groupe:

SD > NSND, SND, SD-T

Effet d'interaction sexe x groupe:

filles SD > filles NSND

filles SD > garçons NSND, NSD et SD

---

On observe, ici aussi, une augmentation de la peur du suicide avec l'apparition de la dépression et des idéations suicidaires (Tableaux 8 et 8.1) En effet, les résultats soulignent que les filles SD ont davantage peur du suicide que les filles NSND. Les résultats présentent également plusieurs ressemblances entre les différents groupes de filles. Les filles NSND semblent avoir aussi peur du suicide que les filles NSD, SND et SD-T. De plus, les filles NSD ont aussi peur du suicide que les filles SND, SD et SD-T. Les résultats révèlent également que les filles SND obtiennent des scores moyens semblables à ceux des filles SD et SD-T. C'est donc dire, que la sous-échelle peur du suicide ne permet pas de différencier les filles dépressives seulement ou suicidaires seulement des filles présentant les deux troubles: dépression et suicide. De plus, les résultats ne soulignent aucune différences entre les filles SD et SD-T au niveau de cette sous-échelle.

Les résultats soulignent, ici aussi, des ressemblances importantes entre les filles et les garçons de groupes différents. Les filles SD-T semblent accorder autant d'importance à cette sous-échelle que tous les autres groupes de garçons. Les filles SD affichent des résultats semblables à ceux des garçons SND.

La décomposition permet également de constater la présence d'un effet sexe dans les différents groupes au niveau de la sous-échelle peur du suicide (Tableaux 8 et 8.1). Les résultats soulignent

en effet que les filles SD ont davantage peur du suicide que les garçons appartenant à ce même groupe.

### Désapprobation sociale

La sous-échelle faisant référence à la désapprobation sociale ne permet pas de distinguer les sexes, ni les groupes de notre échantillon.

### Objection morale

#### Effet du facteur groupe

La sous-échelle objection morale (Tableaux 9 et 9.1) permet de distinguer les adolescents appartenant au groupe NSND de tous les autres groupes d'adolescents de la population ciblée. Ces derniers présentent, tous, moins de raisons de vivre reliées à l'objection morale que les jeunes NSND. Les jeunes NSD accordent également plus d'importance à cette sous-échelle que les jeunes concomitants ayant commis une tentative de suicide. Les résultats affichent aussi l'existence de plusieurs ressemblances entre les différents groupes. Les jeunes NSD obtiennent des scores moyens semblables aux jeunes SND et SD. De plus, les jeunes SND accordent autant d'importance à cette sous-échelle que les jeunes SD et SD-T. Les jeunes SD pour leur part, présentent des scores moyens semblables aux jeunes SD-T. Donc, cette sous-échelle ne permet pas de



Tableau synthèse 9.1

Synthèse des différences significatives entre les scores moyens  
obtenus à la sous-échelle objection morale

---

Effet du facteur groupe:

NSND > NSD, SND, SD, SD-T

NSD > SD-T

Effet d'interaction sexe x groupe:

filles NSND > filles SD-T

garçons NSND > garçons SD

filles NSND > garçons SD

garçons NSND > filles SD et SD-T

---

distinguer le passage à l'acte suicidaire chez les adolescents concomitants.

#### Effet d'interaction sexe x groupe

Les paragraphes suivants présentent les résultats de la décomposition de l'analyse de variance (sexe x groupe), au niveau de la sous-échelle objection morale, nous permettant de préciser davantage les différences entre les filles et les garçons des différents groupes.

Les résultats de la décomposition, obtenus au niveau de la sous-échelle objection morale, soulignent l'existence d'un effet groupe dans chaque sexe soit: pour les filles ( $F(4,843) = 9.70, p < 0.001$ ) et pour les garçons ( $F(4,843) = 11.15, p < 0.001$ ).

En premier lieu, les résultats (Tableaux 9 et 9.1) soulignent que les filles NSND accordent plus d'importance aux raisons de vivre reliées à la sous-échelle objection morale que les filles SD-T. La décomposition permet aussi de dégager plusieurs ressemblances entre les groupes de filles. En ce sens, les filles NSND semblent accorder autant de valeur à la sous-échelle objection morale que les filles NSD, SND et SD. Les filles NSD obtiennent également des scores moyens semblables à ceux des filles SND, SD et SD-T. C'est donc dire, que cette sous-échelle ne permet pas de différencier les

filles présentant un seul des deux troubles de celles qui affichent la concomitance et ayant fait ou non un geste suicidaire. Les résultats présentent également une ressemblance entre les scores moyens des filles SD et SD-T.

En second lieu, les résultats (Tableaux 9 et 9.1) de la décomposition démontrent que les garçons NSND obtiennent des scores moyens significativement plus élevés que les garçons SD. Certaines ressemblances ressortent également. Les garçons NSND ont autant d'objection morale que les garçons NSD, SND, SD-T. Les garçons NSD et SND, comme les filles, présentent des scores moyens semblables à ceux des groupes SD et SD-T. De plus, il n'y a aucune distinction entre les garçons NSD et SND. Tout comme chez les filles, il est important de souligner que la sous-échelle objection morale ne permet pas de différencier le passage à l'acte chez les garçons concomitants.

Les résultats de la décomposition révèlent aussi des ressemblances entre les filles et les garçons de groupes différents (Tableaux 9 et 9.1). Les filles SD accordent autant d'importance aux raisons de vivre concernant l'objection morale que les garçons NSD et SND. Donc, les garçons affichant qu'un seul trouble démontrent autant d'objection morale au suicide que les filles concomitantes n'ayant commis aucune tentative de suicide au cours des douze derniers mois.



Il n'existe aucun effet sexe dans chacun des groupes pour la sous-échelle objection morale. C'est donc dire, que les filles et les garçons appartenant à un même groupe ont autant d'objections morales au suicide.

## Discussion

La présente section, divisées en quatre sous-sections, vise à présenter l'interprétation des résultats obtenus. Nous établissons en premier lieu un bref rappel des objectifs de cette recherche. Étant donné le grand nombre de résultats obtenus et présentés dans la section précédente, nous tentons d'expliquer les résultats qui entretiennent une relation étroite avec nos hypothèses de départ. Pour ce faire, nous effectuons différentes comparaisons entre nos résultats et ceux obtenus par d'autres auteurs lors d'études antérieures. Finalement, nous dressons un portrait des forces et des quelques lacunes de la recherche, permettant ainsi aux lecteurs de poursuivre l'étude de la dépression et du suicide avec le plus d'informations possibles.

#### Bref rappel des objectifs de la recherche

C'est l'intérêt que nous portons à une plus grande compréhension du phénomène du suicide qui nous a amené à vouloir le préciser davantage. En ce sens, Reynolds (1991) avait proposé une piste de recherche très intéressante en affirmant que le fait d'avoir considéré le comportement suicidaire comme le symptôme de plusieurs autres troubles ou comme associé à la dépression avait nuit de façon considérable à sa reconnaissance comme forme distincte de pathologie.

En explorant d'un point de vue cognitif les deux phénomènes: dépression et suicide, c'est-à-dire en s'appuyant sur les trois niveaux conceptuels de Beck (1972, 1976) soit: les schèmes cognitifs dépressogènes, les distorsions cognitives et le langage intérieur, nous avons découvert que les chercheurs ayant étudié la dépression et le suicide (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985; Krantz & Hammen, 1979; Norman, Miller III & Klee, 1983; Marton, Churchard & Kutcher, 1993; Marcotte, 1995; Moilanen, 1995) en étaient tous venus à la conclusion que la vulnérabilité cognitive est l'un des précurseurs très importants du trouble dépressif et des comportements suicidaires. C'est donc dire, que les distorsions cognitives viennent interférer avec les perceptions, les interprétations, les croyances et les réactions que les personnes tant dépressives que suicidaires ont face à leur environnement.

Malgré ce point commun important, qui tend encore à associer les deux troubles, une étude de Côté, Pronovost et Larochelle (1990) s'associe aux travaux de Reynolds (1991) et Reynolds et Johnston, (1994) et suggère qu'il existe une différence entre les personnes dépressives et les personnes suicidaires. En effet, ces auteurs affirment que c'est un sentiment de vide et de désespoir, se traduisant principalement par une attitude pessimiste et des attentes négatives face au futur, qui permet de différencier les personnes suicidaires et les personnes dépressives. On retrouve également cette notion de vide, chez les chercheurs qui ont voulu

découvrir les caractéristiques adaptatives pouvant empêcher les personnes qui vivent une situation difficile de choisir le suicide comme solution à leur problème. Dans l'élaboration de sa théorie, Frankl (1959, 1988) souligne la présence d'un phénomène généralisé qu'il appelle «le vide existentiel». Le vide existentiel se traduit plus précisément, par un sentiment de vide intérieur et surtout une absence de raison de vivre. Dans un contexte cognitivo-béavioral, Linehan et ses collègues (1983) ont également exploré davantage cette notion de vide et de raisons de vivre (ou de ne pas commettre le suicide) en élaborant un instrument, *l'Inventaire des raisons de vivre*, qui permet d'évaluer le degré d'importance des raisons de vivre de l'individu. Linehan (1985) affirme qu'un manque de croyances adaptatives (raisons de vivre) positives en générale, mais surtout un manque de raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation, telles que: «tu as l'espoir que les choses vont s'améliorer et que l'avenir sera meilleur», qualifiées comme importantes, est un indice très important de la vulnérabilité de la personne aux comportements suicidaires.

La présente recherche avait donc pour objectif de distinguer les personnes dépressives des personnes suicidaires en observant et en comparant leurs différentes croyances adaptatives à l'aide de *l'Inventaire des raisons de vivre*. Nous avons émis l'hypothèse générale qu'il existait une différence significative au niveau du degré d'importance accordé aux différentes raisons de vivre (scores

globaux et scores des sous-échelles) selon que les jeunes sont: 1- non suicidaires non déprimés, 2- non suicidaires déprimés, 3- suicidaires non déprimés, 4- suicidaires déprimés n'ayant commis aucune tentative de suicide et 5- suicidaires déprimés ayant commis une tentative de suicide.

Cette hypothèse générale peut, de façon plus précise, se diviser en quatre volets. Nous proposons en premier lieu, que les adolescents du groupe contrôle possédaient des croyances adaptatives différentes de celles des autres groupes. Un deuxième volet, nous amenait à suggérer l'existence d'adolescents dépressifs seulement et d'adolescents suicidaires seulement, de même que l'existence d'une différence entre ces deux groupes au niveau de leurs croyances adaptatives. Un troisième volet suggérait l'hypothèse d'une vulnérabilité accrue au niveau des croyances adaptatives chez les adolescents affichant la concomitance des troubles de dépression et de suicide, comparativement aux adolescents ne présentant qu'un seul des deux troubles. Au niveau du quatrième et dernier volet, nous proposons l'existence de différences sexuelles dans les différents groupes établis et ce, plus spécifiquement au niveau des sous-échelles faisant référence à la peur du suicide et à la désapprobation sociale.

### Interprétation des résultats

La présente section vise l'explication des résultats qui entretiennent une relation étroite avec nos hypothèses de départ. Les prochains paragraphes traiteront donc des sujets suivants: 1- l'importance des raisons de vivre pour les jeunes appartenant au groupe contrôle, comparativement aux autres groupes de l'étude, 2- la démonstration de l'existence de la dépression et du suicide comme étant deux troubles distincts, de même que les degrés d'importance accordés aux différentes raisons de vivre par les jeunes ne présentant qu'un seul des deux troubles étudiés soit: dépressifs seulement et suicidaires seulement, 3- l'effet de la concomitance des deux troubles sur l'importance accordée aux différentes raisons de vivre, 4- la différenciation des jeunes concomitants qui ont fait un passage à l'acte de ceux qui n'en ont pas fait, 5- Les différences sexuelles dans les différents groupes de recherche.

#### 1- L'importance des raisons de vivre pour les jeunes appartenant au groupe contrôle comparativement aux autres groupes de l'étude.

La division des groupes de recherche en fonction des indices d'idéations suicidaires et/ou de dépression nous permet de comparer les participants du groupe contrôle et les participants présentant seulement un indice de dépression élevé. En ce sens, les

résultats obtenus dans cette recherche nous permettent d'enrichir et de se positionner en regard des deux seules études existantes comparant les personnes non dépressives et dépressives au niveau de l'*Inventaire des raisons de vivre*. En effet, l'étude de Ulmer et al., (1992), effectuée auprès de jeunes adultes militaires, proposait l'existence d'une différence significative, au niveau des raisons de vivre, entre les personnes dépressives et non dépressives; ces dernières accordant plus d'importance aux différentes raisons de vivre de l'*Inventaire*. Cependant, l'étude d'Éllis et al., (1992), effectuée auprès d'adolescents, ne démontrait aucune différence significative entre les jeunes dépressifs et non dépressifs. Les résultats de la présente étude appuient les résultats de Ulmer et al. (1992). Les adolescents du groupe contrôle, de notre échantillon, accordent significativement plus d'importance aux différentes raisons de vivre que les adolescents dépressifs seulement. Plus précisément, les adolescents dépressifs présentent moins de raisons de vivre reliées à la survie et adaptation, aux responsabilités familiales et à l'objection morale que les adolescents qui ne vivent pas de sentiments dépressifs.

Lorsqu'on les compare avec les adolescents non dépressifs, les adolescents suicidaires seulement, concomitants et concomitants avec tentative de suicide se comportent de façon similaire. Ces derniers se distinguent tous du groupe témoin sur les raisons de vivre reliées à la survie et adaptation, aux responsabilités



familiales et à l'objection morale, tout comme c'était le cas pour le groupe dépressif seulement. L'observation des résultats, en relation avec notre première hypothèse, nous oriente donc vers la confirmation d'une importante ligne directrice préalablement suggérée par d'autres chercheurs (Cole, 1989; Connell & Meyer, 1991; Linehan & al., 1983) tout en innovant en ajoutant une comparaison entre la concomitance des deux troubles et le groupe témoin. Il nous est en effet possible d'affirmer clairement que les participants du groupe contrôle, semblent posséder plus de croyances adaptatives que les participants suicidaires seulement et les participants concomitants ayant commis ou non une tentative de suicide au cours de la dernière année. Plus spécifiquement, ce sont les raisons de vivre reliées à la survie et adaptation, aux responsabilités familiales et à l'objection morale qui distinguent les adolescents du groupe contrôle des trois autres groupes. Ce sont donc des raisons de vivre telles que: «tu crois que tu peux t'ajuster et apprendre à composer avec tes problèmes», «tu as des responsabilités et des obligations envers ta famille» de même que, «tu considères le fait de te tuer comme moralement mauvais» qui rendraient moins vulnérables cognitivement aux troubles de dépression et de suicide. Ces résultats tendent donc à confirmer les résultats obtenus par Cole, (1989) et par Connell et Meyer, (1991) auprès de populations adolescentes de même que les résultats de Linehan et al. (1983) obtenus auprès d'une population adulte clinique et non clinique. Ces chercheurs affirmaient que les participants non

suicidaires accordaient un degré d'importance plus élevé aux raisons de vivre reliées à la survie et adaptation, aux responsabilités familiales et à l'objection morale que les participants qui avaient des idéations suicidaires et que les participants ayant fait une tentative de suicide.

Par ailleurs, il est important de souligner que contrairement à l'étude de Linehan et al., (1983), effectuée auprès d'adultes, nos résultats ne nous permettent pas d'établir de différences significatives au niveau de la désapprobation sociale, entre le groupe contrôle et les groupes suicidaires seulement et concomitants ayant commis ou non une tentative de suicide.

D'autre part, nos résultats tendent à confirmer ceux de Linehan et al. (1983) obtenus auprès d'adultes de la population générale, en affichant le fait que les jeunes qui sont près d'un passage à l'acte suicidaire (SD) ont plus peur du suicide que les jeunes appartenant au groupe contrôle. Par ailleurs, nos résultats ne supportent pas les résultats de Linehan et al. (1983) suggérant que les participants non suicidaires ont moins peur du suicide que les participants qui ont fait un geste suicidaire par le passé. En effet, nos résultats démontrent plutôt que les jeunes du groupe contrôle ont aussi peur du suicide que les jeunes dépressifs seulement, suicidaires seulement et concomitants ayant déjà commis une tentative de suicide. Nous pouvons donc suggérer que le fait d'avoir déjà commis

une tentative de suicide par le passé, semble diminuer considérablement la peur du suicide chez les adolescents, mais pas chez les adultes. Les jeunes concomitants ayant commis une tentative de suicide sont donc à risque de récurrence en raison de leur moins grande peur du suicide. Une peur du suicide faible, peut donc être considéré comme un indice de dépistage important.

2- L'existence de la dépression et du suicide comme étant deux troubles distincts, de même que les degrés d'importance accordés aux différentes raisons de vivre par les jeunes ne présentant qu'un seul des deux troubles étudiés soit: dépressifs seulement et suicidaires seulement.

L'objectif de cette recherche visait la différenciation des adolescents dépressifs et des adolescents suicidaires. L'échantillon répertorié de même que la formation des groupes: non suicidaires dépressifs et suicidaires non dépressifs, appuient partiellement l'hypothèse d'une conceptualisation de la dépression et du suicide sous la forme de deux troubles distincts; telle que suggérée par Reynolds (1991; Reynolds & Johnston, 1994). D'abord, le nombre de filles suicidaires seulement étant très faible laisse supposer que la distinction des deux troubles semblent s'afficher davantage chez les garçons. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les filles sont plus dépressives que les garçons et que lorsqu'elles ont des idées suicidaires elles ressentent aussi la dépression. Ensuite,

nous avons proposé également que les résultats feraient état de certaines différences entre les jeunes appartenant aux groupes à pathologie unique (non suicidaire dépressif et suicidaire non dépressif). Or, aucune distinction significative n'est ressortie de nos analyses statistiques et ce, autant au niveau des résultats globaux de l'IRV qu'au niveau des différentes sous-échelles. Cela nous amène donc à suggérer la conclusion suivante: les adolescents ne présentant qu'un seul des deux troubles soit: dépressifs seulement ou suicidaires seulement, accordent des degrés d'importance similaires aux diverses raisons de vivre. On peut donc considérer que les jeunes suicidaires seulement possèdent une vulnérabilité cognitive semblable aux jeunes dépressifs seulement, lorsque survient une crise ou un événement stressant. Ce constat nous amène à considérer les différences entre les troubles uniques et la concomitance de ces troubles.

### 3- L'effet de la concomitance des deux troubles dépression et suicide sur l'importance accordée aux différentes raisons de vivre.

Le fait que nos résultats ne démontrent aucune distinction significative entre les adolescents dépressifs seulement et les adolescents suicidaires seulement, nous a amené à considérer l'effet de la concomitance de ces troubles pour ainsi, nous permettre d'en dégager quelques observations dès plus intéressantes.

L'examen des résultats nous a dirigé vers la distinction des adolescents démontrant un seul des deux troubles soit: dépressifs seulement ou suicidaires seulement, en comparaison avec ceux qui affichent la concomitance des deux troubles soit: les adolescents suicidaires dépressifs ayant commis ou non une tentative de suicide. Les résultats nous suggèrent, entre autres, des différences significatives au niveau des scores globaux et plus précisément, au niveau des raisons de vivre reliées à la survie et à l'adaptation, aux responsabilités familiales et à l'objection morale. Les distinctions observées tendent toutes vers une même ligne directrice: les adolescents ne présentant qu'un seul des deux troubles accordent significativement plus d'importance aux raisons de vivre telles que: «tu as le courage d'affronter la vie», «ton suicide blesserait trop ta famille et tu ne veux pas qu'elle souffre» de même que «tes croyances religieuses t'empêchent de te tuer», que les adolescents concomitants ayant commis ou non un geste suicidaire. Ces derniers seraient donc beaucoup plus vulnérables cognitivement lorsqu'ils doivent faire face à un événement stressant que les adolescents suicidaires seulement ou dépressifs seulement.

Par ailleurs, au niveau des raisons de vivre reliées à la peur du suicide, les jeunes faisant état d'un seul trouble et les jeunes qui affichent la concomitance des deux troubles se distinguent. Cependant, l'effet de la concomitance est inversé. Les jeunes concomitants qui n'ont pas fait de tentative de suicide ont

davantage peur du suicide que les jeunes suicidaires seulement. Par contre, les jeunes dépressifs seulement semblent avoir autant peur du suicide que les jeunes concomitants sans tentative. Étant donné que les résultats des recherches antérieures (Linehan et al., 1983; Cole, 1989) soulignaient le fait que plus ils se rapprochent du passage à l'acte au niveau de l'intensité suicidaire, plus les participants semblent avoir peur du suicide, il semble donc que les jeunes dépressifs seulement, pourraient être aussi près d'un passage à l'acte suicidaire que les jeunes concomitants, qui n'ont pas commis de geste suicidaire. Par le fait même, on pourrait se demander si les jeunes dépressifs seulement sont plus près d'un passage à l'acte que les jeunes qui affichent un indice d'idéations suicidaires élevé, mais qui ne sont pas dépressifs. La présence de l'état dépressif se confirme donc encore comme étant un indicatif d'une pathologie plus sévère. Il serait donc approprié, de vérifier la séquence d'apparition des symptômes dépressifs et des idéations suicidaires chez les adolescents et, plus particulièrement, chez les garçons étant donné qu'ils sont plus nombreux au niveau du groupe suicidaires non dépressifs. Ces derniers, pourraient afficher un indice suicidaire élevé avant de reconnaître leurs symptômes dépressifs. Ainsi, les résultats élaborés dans cette section tendent à infirmer les résultats de Beck et al., (1985) quant au fait que la sévérité de la dépression ne permet pas de distinguer les personnes qui ont des idéations suicidaires et ne passent pas à l'acte, de ceux qui ont des idéations suicidaires et passeront à l'acte.

En plus de souligner que les jeunes suicidaires seulement possèdent significativement plus de croyances adaptatives en général, et de façon plus spécifique reliés à la survie et à l'adaptation, que les jeunes concomitants ayant commis une tentative, les résultats de cette recherche soulignent également que le nombre d'idéations suicidaires ainsi que de tentatives de suicide chez les jeunes concomitants ayant commis une tentative de suicide sont significativement plus élevés que ceux présents chez les jeunes suicidaires non déprimés. Ces résultats tendent donc à infirmer les résultats de Bedrosian et Beck, 1979 de même que ceux de Lester et Beck, 1977, qui, après avoir fait une étude auprès d'une population clinique adulte, suggéraient que les personnes qui avaient des idéations suicidaires étaient aussi dépressives que les personnes ayant commis un geste suicidaire. Nos résultats tendent également à infirmer les résultats de Pinto et al. (1997), obtenus auprès d'une population clinique d'adolescents qui démontraient que les adolescents présentant des idéations suicidaires ne se distinguaient pas des adolescents qui avaient commis une tentative de suicide au niveau du Questionnaire d'idéations suicidaires. Les résultats de notre étude, affichent donc clairement le fait que la présence de la dépression chez les jeunes influence grandement les croyances adaptatives qu'ils possèdent de façon négative et accroît ainsi, de façon significative, leur vulnérabilité cognitive lorsque survient un événement stressant.

En résumé, les résultats discutés dans cette section appuient l'importance de l'étude de la concomitance des troubles de dépression et de suicide, telle que suggérée par Reynolds (1991; Reynolds & Johnston, 1994) et faisant l'objet de cette recherche.

#### 4- La différenciation des jeunes concomitants qui ont fait un passage à l'acte de ceux qui n'en ont pas fait.

Nous avons déjà débuté la discussion concernant la différenciation du passage à l'acte à la section précédente, en établissant les différences entre les jeunes suicidaires seulement et les jeunes concomitants. Cette présente section, vise toutefois l'interprétation spécifique des différences significatives entre les jeunes concomitants n'ayant pas commis de geste suicidaire et ceux qui sont passés à l'acte au cours de la dernière année.

L'observation des résultats comparant ces deux groupes, nous amène à confirmer une importante ligne directrice préalablement suggérée par d'autres chercheurs tels que Cole, (1989) de même que Connell et Meyer, (1991). Il nous est en effet possible de confirmer que *l'Inventaire des raisons de vivre* permet de distinguer le passage à l'acte chez la population adolescente. En ce sens, les adolescents concomitants ayant commis un geste suicidaire possèdent globalement moins de croyances adaptatives que les adolescents concomitants n'ayant pas commis de tentative. Plus



précisément, c'est au niveau des raisons de vivre reliées à la survie et adaptation et à la peur du suicide que l'on retrouve des différences significatives. Nos résultats suggèrent donc, que ce qui protège les adolescents suicidaires dépressifs d'un futur passage à l'acte, c'est le degré d'importance qu'ils accordent aux croyances telles que: «tu as l'espoir que les choses vont s'améliorer et que l'avenir sera meilleur», de même que, «tu as peur que la méthode pour te tuer échoue». Ces résultats confirment également la théorie de Frankl (1959, 1988) qui suggère que les personnes qui vivent des situations difficiles seront capables de faire face à la souffrance, si elles ont, ne serait-ce, qu'une raison de croire que la vie vaut la peine d'être vécue peut importe ce qui leur arrive. Frankl ajoute même, que le manque de raisons de vivre n'est peut-être pas la cause de tous les suicides, mais que la personne aurait peut-être surmonter son envie de se suicider, si elle avait eu une raison importante de vivre.

##### 5- Les différences sexuelles dans les différents groupes de recherche.

Les résultats obtenus dans cette recherche confirment les résultats de Rich et al., (1992) et de Osman et al., (1993), obtenus auprès de populations adolescente et universitaire, qui démontrent que les filles accordent plus d'importance aux croyances adaptatives reliées à la peur du suicide que les garçons. En effet,

les filles concomitantes de notre étude n'ayant pas commis de geste suicidaire, ont davantage peur du suicide que les garçons appartenant à ce même groupe, ce qui peut constituer un facteur de protection supplémentaire pour elles. Rich et al., (1992) suggèrent que le fait que les filles accordent plus d'importance aux croyances adaptatives telles que: «tu as peur du geste de te tuer ( la douleur, le sang, la violence)» explique le fait que les filles utilisent des moyens beaucoup moins violents que les garçons lors de leurs tentatives de suicide et par conséquent, le fait qu'il y a moins de suicides complétés chez les filles.

Par ailleurs, les résultats concernant la sous-échelle désapprobation sociale ne sont pas unanimes. Les résultats obtenus par Cole, (1989) de même que par Connell et Meyers, (1991) ne permettent pas de distinguer les adolescents de leur population au niveau de cette sous-échelle. Par ailleurs, les résultats de Linehan et al., (1983) obtenus auprès d'une population clinique adulte, soulignent une différence significative entre les participants non suicidaires et les participants présentant des idéations suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide. Linehan (1985) ajoute également que les participants affichant une plus grande peur de la désapprobation sociale auront moins tendance à parler de leurs idéations suicidaires aux autres. Les résultats de Rich et al., (1992) démontrent également que les garçons accordent plus d'importance aux raisons de vivre reliées à la désapprobation sociale que les

filles. Ces derniers auteurs, suggèrent même que c'est la peur de la désapprobation sociale qui empêchent les garçons de passer à l'acte, mais que lorsqu'ils décident de commettre un geste suicidaire, ils emploient des moyens beaucoup plus violents que les filles pour ne pas avoir à faire face à la désapprobation sociale après avoir commis la tentative. Cela pourrait en effet expliquer le fait qu'il y a beaucoup moins de tentative de suicide commises pour un suicide complété chez les garçons et le fait qu'il y a plus de suicide complétés chez les garçons que chez les filles (Duchesne, 1996). Cependant, contrairement aux études de Linehan et al., (1983) et de Rich et al., (1992), les résultats de notre étude ne suggèrent aucune différence significative au niveau des raisons de vivre reliées à la désapprobation sociale. C'est donc dire que, peu importe leur sexe ou la présence ou non d'indices d'idéations suicidaires et/ou de dépression, les adolescents de notre échantillon affichent des degrés d'importance similaires concernant les croyances adaptatives reliées à la désapprobation sociale telle que: «les autres penseraient que tu es un faible et un égoïste».

Une dernière observation importante mérite d'être soulignée. Les différences sexuelles soulignent le fait que les garçons faisant état d'un seul des deux troubles soit: dépressifs seulement ou suicidaires seulement, semblent posséder des croyances adaptatives similaires à celles des filles présentant la concomitance des deux troubles, mais sans geste suicidaire. De

plus, les garçons suicidaires seulement possèdent des croyances adaptatives semblables à celles des filles concomitantes ayant commis une tentative de suicide. Ces deux dernières ressemblances garçon/fille sont plutôt étonnantes, étant donné que les garçons de notre échantillon affichent en général un répertoire de raisons de vivre plus large que celui des filles. Elles soulignent cependant, le fait que les garçons ne présentant qu'un seul des deux troubles seraient aussi vulnérables cognitivement que les filles chez qui on repère la concomitance des deux troubles. On peut donc émettre l'hypothèse, qu'un garçon qui possède un seul des deux troubles serait possiblement aussi à risque de faire un passage à l'acte suicidaire qu'une fille qui affiche les deux troubles. L'intervention, auprès des garçons, visant à les aider à accroître le nombre et l'importance qu'ils accordent aux différentes raisons de vivre, devrait donc être enclenchée aussitôt que l'intervenant repère un indice de dépression ou d'idéations suicidaires significatifs, pour ainsi essayer d'éviter l'apparition de la concomitance des deux troubles.

### Forces et lacunes de la recherche.

La majorité des études antérieures, évaluant les raisons de vivre, utilisaient seulement un des deux troubles étudiés dans cette recherche et comparaient soit: des adolescents non dépressifs et dépressifs (Ulmer et al., 1992; Ellis et al., 1992) ou des adolescents ayant des degrés d'idéations suicidaires différents (Linehan et al., 1983; Cole, 1989 et Connell et al., 1991). De plus, le fait d'avoir toujours considéré les idéations suicidaires comme étant un des symptômes de la dépression a empêché les chercheurs d'établir certaines distinctions et ressemblances très importantes entre ces deux troubles. L'originalité de notre étude est donc d'avoir inclus dans une même recherche les deux troubles et surtout de les avoir comparés. Ceci nous a donc permis, non seulement, de suggérer que les deux troubles suicide et dépression existaient de façon indépendante (du moins pour les garçons), mais aussi de préciser le fait que le passage à l'acte suicidaire devenait d'autant plus dangereux lorsque la concomitance des deux troubles est présente.

Malgré le grand nombre de participants de l'échantillon, une des lacunes de cette recherche fait référence aux petits nombres de filles suicidaires seulement et de garçons concomitants ayant commis un geste suicidaire. Le peu de filles suicidaires seulement s'explique sûrement par le fait que les filles sont de façon générale

plus dépressives que les garçons (Kashani et al., 1983; Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey & Grant, 1993), ce qui nous amène à penser que lorsqu'elles ont des idéations suicidaires, elles ressentent probablement aussi la dépression. Pour ce qui est du petit nombre de garçons concomitants ayant commis un geste suicidaire, il s'explique probablement par le fait que les garçons font moins de tentatives de suicide par suicide complété comparativement aux filles (Ministère de santé et bien-être social, 1987, cité par Labelle, 1994) et aussi par le fait que les garçons utilisent souvent des moyens beaucoup plus violents. Une autre lacune de cette recherche fait référence aux moyens d'évaluation de la dépression et du suicide. Il serait préférable dans les recherches futures d'évaluer les troubles au moyen d'entrevues diagnostiques, plutôt que d'utiliser des questionnaires d'auto-évaluation.

## Conclusion

En ayant pour objectif la différenciation des croyances adaptatives des adolescents présentant les troubles de suicide et/ou de dépression, cette recherche avait comme but une meilleure compréhension de ces deux phénomènes souvent perçus comme étant interreliés. Cette recherche permet donc de répondre un peu plus au besoin de différencier les personnes dépressives, les personnes avec idéations suicidaires avec ou sans passage à l'acte, tel que le souligne Bedrosian et Beck, (1979) de même que Reynolds, (1991; Reynolds & Johnston, 1994).

En ce sens, les scores globaux obtenus à l'IRV nous démontrent que le degré d'importance que les adolescents accordent aux diverses raisons de vivre diminue graduellement; selon qu'ils ne possèdent aucun indice d'idéations suicidaires ou de dépression, qu'ils ne présentent qu'un seul des deux troubles ou qu'ils affichent la concomitance des troubles.

Par ailleurs, le fait que l'on retrouve des garçons dépressifs seulement et suicidaires seulement appuie l'existence des deux troubles sous une forme distincte, du moins pour ce sexe. Le fait que les adolescents qui possèdent les deux troubles passent plus à l'acte que les adolescents n'affichant que l'un des deux troubles, nous donne l'occasion de préciser notre compréhension des deux



phénomènes auprès de la population adolescente et nous suggère une nouvelle vision des choses en vue de développer de nouvelles pistes de recherches et d'interventions. La présente étude suggère quatre pistes intéressantes pour orienter de futures recherches. Étant donné que cette étude présente l'existence d'adolescents suicidaires non dépressifs (davantage de garçons), il serait intéressant de vérifier si les idéations suicidaires ne seraient pas accompagnées d'impulsivité, de colère et de rébellion, comme le suggèrent Glaser, (1967) de même que Rich et al., (1992). Les garçons présentant des idéations suicidaires sans dépression auraient donc des troubles extériorisés. Par ailleurs, il y a plus de filles dépressives seulement que de garçons. Une première piste de recherche suggère donc qu'il serait intéressant de vérifier la possibilité que la première réaction des garçons à la souffrance soit l'impulsivité, la colère, la rébellion et par le fait même, les idéations suicidaires, et que, si l'état de souffrance persiste, c'est à ce moment qu'ils entrent en contact avec la dépression et alors, se présente le danger d'un passage à l'acte. Tandis que les filles, elles, entreraient dans un état dépressif en premier lieu et ensuite, si la souffrance persiste, elles envisageraient le suicide comme solution à leur souffrance, mais seulement en dernier recours, étant donné leur peur du suicide. Ces dernières hypothèses pourraient premièrement vérifier si la séquence d'apparition des troubles dépression et suicide diffère selon le genre de l'adolescent. Elles pourraient

deuxièmement infirmer ou confirmer l'hypothèse voulant que c'est la concomitance des troubles qui annonce le passage à l'acte.

Une seconde piste de recherche intéressante serait de répéter cette même recherche en changeant la variable distinctive, pour essayer de distinguer les deux groupes à pathologie unique. Une troisième suggestion de recherche serait de vérifier auprès d'une population adulte l'existence des deux troubles sous une forme distincte, de même que l'augmentation du nombre de tentatives de suicide lorsque la concomitance des deux troubles est présente.

Une quatrième et dernière suggestion de recherche concerne la sous-échelle responsabilité aux amis. Cette sous-échelle fut retirée de l'Instrument par l'auteure, parce qu'elle s'avérait non discriminante auprès de la population adulte. Il serait donc intéressant, de vérifier sa validité auprès de la population adolescente, étant donné l'importance des pairs à cet âge.

Les résultats de cette étude suggèrent également d'intéressantes pistes au niveau clinique. En effet, cette étude confirme le fait qu'une intervention visant à accroître l'importance des croyances adaptatives aiderait grandement les adolescents aux prises avec un trouble dépressif ou suicidaire ou la concomitance des deux troubles. Les cinq sous-échelles donnent au clinicien un important nombre d'informations très spécifiques. Le clinicien peut

facilement et rapidement identifier les croyances adaptatives qui sont déficientes chez l'adolescent et ainsi mieux cibler ses interventions.

## Références

American Psychiatric Association. (1996). Mini DSM-IV: critères diagnostiques. Paris: Masson.

Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression: 1 Epidemiological and aetiological aspects. British Journal of Psychiatry, 152, 601-617.

Baron, P. (1993). La dépression chez les adolescents. Canada: Édisem

Baron, P., & Perron, L. M. (1986). Sex differences in the Beck Depression Inventory scores of adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 15(2), 165-170.

Barrera, M., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of the Beck Dépression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. Journal of abnormal Child Psychology, 16, 263-273.

Beck, A. T. (1972). Depression: causes and treatments. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: New American Library.

Beck, A. T. (1989). Cognitive therapy and clinical practice: an illustrative casebook. New York: Éd. Scott, J., Williams, J. M. G & Beck, A.T.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. American Journal of Psychiatry, 142(5), 559-563.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. J., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Bedrosian, R. C., & Beck, A. T. (1979). Cognitives aspects of suicidal behavior. Suicide and Life-Threatening Behavior, 9(2), 87-96.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue Canadienne des Sciences et du Comportement, 14, 211-218.
- Brinster, P. (1995). La thérapie cognitive. France: Marabout Pratiques.
- Bureau du coroner (1995). Rapport annuel 1995. Québec: Les publications du Québec.
- Carlson, G., & Strober, M. (1979). Affective disorders in adolescence. Psychiatric Clinics of North America, 2(3), 511-526.
- Cole, D. A. (1989). Validation of the Reasons for Living Inventory in general and delinquent adolescent samples. Journal of Abnormal Child Psychology, 17(1), 13-27.
- Connell, D. K., & Meyer, R. G. (1991). The Reasons for Living Inventory and a college population: adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. Journal of Clinical Psychology, 47(4), 485-489.

- Côté, L., Pronovost, J., & Larochelle, L. (1990). Étude des composantes dépressives chez les adolescents à tendances suicidaires. Psychologie Canadienne, 34(3), 249-264.
- Duchesne, L. (1994). Statistiques démographiques: la situation démographique au Québec. Les Publications du Québec, 42-44.
- Duchesne, L. (1996). Statistiques démographiques: la situation démographique au Québec. Les Publications du Québec, 43-45.
- Dugas, M., & Mouren, M.-C. (1980). Les troubles de l'humeur chez les enfants de moins de 13 ans. Paris: Presse Universitaire de France.
- English, H. B., & English, A. C. (1958). A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms. New York: McKay.
- Ellis, J. B., & Range, L. M. (1992). Mood influences on reasons for living in older adolescents. Psychiatry, 55, 216-222.
- Farberow, N. L. (1981). Assessment of suicide. In P. McReynolds (ed.), Advances in psychological assessment. 5, 124-190. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressives disorders: A critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29(4), 571-580.
- Frankl, V. E. (1959). From death camp to existentialism. Boston: Beacon.
- Frankl, V. E. (1988). Découvrir un sens à sa vie: avec la logothérapie. Montréal: Édition de L'Homme.

- Gamache, N. (1996). L'attachement parental, le fonctionnement familial et la dépression chez les adolescentes résidant en centre d'accueil. Mémoire de maîtrise, UQTR.
- Glaser, K. (1967). Masked depression in children and adolescents. American Journal of Psychotherapy, 21, 565-574.
- Gosselin, M. J., & Marcotte, D. (1997). Le rôle de l'appréciation subjective de l'habileté de résolution de problèmes dans la dépression chez les adolescents. Science et Comportement, 25, 3, 299-314.
- Gratton, F. (1996). Les suicides d'être. Montréal: Presse de l'Université du Québec.
- Haaga, D. A., Dick, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. Psychological Bulletin, 110(2), 215-236.
- Hill, J. P., & Lynch, M. E. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. In: J. Brooks-Gunn et A. Petersen (Eds.), Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives (pp. 201-208). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C., Hooper, E. W., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Fallahi, C., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1987). Depression, depression symptoms, and depression mood among a community sample of adolescents, American Journal of Psychiatry, 144, 931-934.
- Kashani, J. H., Goddard, P., & Reid, J. (1989). Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 912-917.



Kashani, J. H., McGee, R. D., Clarkson, S. E., Anderson, J. C., Walton, L. E., William, S., Silva, P. A., Robins, A. J., Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1983). Depression in a sample of 9 years old children. Archives of General Psychiatry, 40, 1217-1223.

Krantz, S., & Hammen, C. (1979). Assessment of cognitive bias in depression. Journal of Abnormal Psychology, 88(6), 611-619.

Labelle, R. (1994). Vers un modèle cognitif des idéations suicidaires chez les étudiants de l'Université de Montréal. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.

Labelle, R., Lachance, L., & Morval, M. (1996). Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. Science et Comportement, 24(3), 237-250.

Ladame, F., & Jeanneret, O. (1982). Suicide in adolescence: some comments on epidemiology and prevention. Journal of Adolescence, 5, 355-366.

Lefkowitz, M. M., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. Psychological Bulletin, 85(4), 716-726.

Lester, D., & Beck, A. T. (1977). Suicidal wishes and depression in suicidal ideators: a comparison with attempted suicides. Journal of Clinical Psychology, 33(1), 92-94.

Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seely, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology, 102(1), 133-144.

- Linehan, M. M. (1985). The Reasons for Living Inventory. In P. A. Keller, & L. G. Ritt (Eds.), Innovations in clinical practice: A source book (vol. 4, pp. 321-330). Sarasota, FL: Professional Ressource Exchange, Inc.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Neilsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 276-286.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. Revue Québécoise de Psychologie, 16(3), 109-132.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. Adolescence, 31(124), 935-954.
- Marton, P., Churchard, M., & Kutcher, S. (1993). Cognitive distorsion in depressed adolescents. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 18(3), 103-107.
- Missel, P., & Sommer, G. (1983). Dépression and self-verbalization. Cognitive Therapy and Research, 7(2), 141-148.
- Moilanen, D. L. (1995). Validity of Beck's cognitive theory of depression with non referred adolescents. Journal of Counseling & Development, 73, 438-442.
- Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. Journal of Consulting Psychology, 28(1), 54-58.

- Neuringer, C. (1979). Relationship between life and death among individuals of varying levels of suicidality. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2), 407-408.
- Neuringer, C. (1982). Suicidal women: their thinking and feeling patterns. New York: Gardner Press, Inc.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological Bulletin, 115(3), 424-443.
- Norman, W. H., Miller, I. W., III., & Klee, S. H. (1983). Assessment of cognitive distortion in a clinically depressed population. Cognitive Therapy and Research, 7(2), 133-140.
- Osman, A., Gifford, J., Jones, T., Lickiss, L., Osman, J., & Wenzel, R. (1993). Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. Psychological Assessment, 5(2), 154-158.
- Osman, A., Jones, K., & Osman, J. R. (1991). The Reasons for Living Inventory: psychometric properties. Psychological Reports, 69, 271-278.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. American Psychologist, 48(2), 155-168.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? Journal of youth and adolescence, 20(2), 247-271.
- Pinto, A., McCoy, K. J. M., & Whisman, M. A. (1997). Suicidal Ideation in adolescents: Psychometric properties of Suicidal Ideation Questionnaire in a clinical sample. Psychological Assessment, 9(1), 63-66.

- Pronovost, J., Côté, L., & Ross, C. (1990). Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. Santé mentale au Canada, mars, 101-107.
- Radloff, L., S. (1991). The use of the Center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young adults. Journal of Youth and Adolescence, 20(2), 149-166.
- Range, L. M., Hall, D. L., & Meyers, K. (1993). Factor structure of adolescents scores on the Reasons for Living Inventory. Death Studies, 17, 257-266.
- Reynolds, W. M. (1987). Suicidal Ideation Questionnaire. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. Journal of Personality Assessment, 56(2), 289-307.
- Reynolds, W. M., & Johnston, H. F. (1994). Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum Press.
- Rich, A. R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R. L. & Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(3), 364-373.
- Robinson, J. (1994, éd révisée). Emergencies I. Dans K.S. Robson (ed), Manual of clinical child psychiatry (p. 253). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. Journal of Abnormal Psychology, 100(2), 214-222.

- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 10(2), 277-284.
- Toolan, J. M. (1975). Suicide in children and adolescents. American Journal of Psychotherapy, 29, 339-344.
- Tousignant, M., Hamel, S., & Bastien, M.-F. (1988). Structure familiale, relation parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. Santé Mentale au Québec, 13(2), 79-93.
- Tousignant, M., Hanigan, D., & Bergeron, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. Santé Mentale au Québec, 9, 122-133.
- Ulmer, A. S., Range, L. M., & Gale, T. R. (1992). Loneliness and depression related to reasons for living in military personnel. Death Studies, 16, 183-189.
- Williams, J. M. G., & Wells, J. (1989). Suicidal patients. In A. T. Beck (Éd.), Cognitive theory and clinical practice: an illustrative casebook (pp. 206-226). New York: Éd. Scott, J., Williams, J. M. G. & Beck, A. T.

## Appendices

## Appendice A

Sexe \_\_\_\_\_

Niveau secondaire \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_

Groupe classe \_\_\_\_\_

---

### A PROPOS DE MA VIE

---

#### **Consignes:**

Les réponses aux questionnaires que nous te demandons de répondre aujourd'hui s'inscrivent dans le cadre d'une recherche menée par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette recherche vise à connaître les opinions des adolescents à propos de certains aspects de leur vie (exemple: Les éléments impliqués dans la problématique suicidaire, ce que tu penses de ton avenir, ce qui est important pour toi, ce qui te déplaît).

Les questionnaires visent à recueillir ton opinion: Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. S'il t'arrive de ne pas savoir quoi répondre ou encore qu'il t'est difficile de répondre, inscris l'opinion qui semble le plus se rapprocher de ce que tu vis ou penses.

Ta participation à cette étude est volontaire, alors tu peux t'abstenir de répondre en tout temps.

Nous te remercions de ta collaboration

## Appendice B

### IRV

**CONSIGNES:** Voici diverses raisons de vivre ou de ne pas commettre un suicide. Indique le degré d'importance que tu accordes à chacune d'elles advenant le cas où tu voudrais mettre fin à tes jours. Même si tu écarteras complètement cette possibilité au cours de ta vie, ton opinion a une valeur. Assure-toi d'inscrire le chiffre qui correspond à ton opinion.

Tu trouves cette raison de vivre ou de ne pas te suicider: \_\_\_\_\_

- 1 = pas du tout important
- 2 = très peu important
- 3 = peu important
- 4 = important
- 5 = très important
- 6 = tout à fait important

- 
- \_\_\_\_\_ 1. Tu as des responsabilités et des obligations envers ta famille.
  - \_\_\_\_\_ 2. Tu crois que tu peux t'ajuster et apprendre à composer avec tes problèmes.
  - \_\_\_\_\_ 3. Tu crois avoir le contrôle de ta vie et de ta destinée.
  - \_\_\_\_\_ 4. Tu as le désir de vivre.
  - \_\_\_\_\_ 5. Tu crois que Dieu seul a le droit de mettre fin à une vie.
  - \_\_\_\_\_ 6. Tu as peur de la mort.
  - \_\_\_\_\_ 7. Ta famille pourrait croire que tu ne l'aimais pas.
  - \_\_\_\_\_ 8. Tu ne crois pas que les choses sont suffisamment misérables et désespérantes pour désirer mourir.
  - \_\_\_\_\_ 9. Ta famille dépend de toi et a besoin de toi.
  - \_\_\_\_\_ 10. Tu ne veux pas mourir.
  - \_\_\_\_\_ 11. La vie est la seule chose que tu possèdes et c'est mieux que rien.
  - \_\_\_\_\_ 12. Tu as des plans futurs que tu aimerais réaliser.
  - \_\_\_\_\_ 13. Peu importe si tu te sens mal, tu sais que ça ne durera pas.
  - \_\_\_\_\_ 14. Tu as peur de l'inconnu.
  - \_\_\_\_\_ 15. Tu aimes et apprécies trop ta famille pour la quitter.
  - \_\_\_\_\_ 16. Tu veux expérimenter tout ce que la vie peut t'offrir et il y a plusieurs choses que tu n'as pas encore faites et que tu souhaiterais faire.
  - \_\_\_\_\_ 17. Tu as peur que la méthode pour te tuer échoue.



- \_\_\_\_\_ 18. Tu tiens suffisamment à toi-même pour vivre.
- \_\_\_\_\_ 19. La vie est trop belle et précieuse pour y mettre fin.
- \_\_\_\_\_ 20. Tu crois que tu peux trouver d'autres solutions à tes problèmes.
- \_\_\_\_\_ 21. Tu as peur d'aller en enfer.
- \_\_\_\_\_ 22. Tu aimes la vie.
- \_\_\_\_\_ 23. Tu es trop équilibré(e) pour te tuer.
- \_\_\_\_\_ 24. Tu es un(e) lâche et tu n'as pas le courage de te tuer.
- \_\_\_\_\_ 25. Tes croyances religieuses t'interdisent de te tuer.
- \_\_\_\_\_ 26. Tu es curieux(se) de voir ce que l'avenir te réserve.
- \_\_\_\_\_ 27. Ton suicide blessera trop ta famille et tu ne veux pas qu'elle souffre.
- \_\_\_\_\_ 28. Tu es préoccupé(e) par ce que les autres penseraient de toi.
- \_\_\_\_\_ 29. Tu crois que chaque chose peut bien tourner.
- \_\_\_\_\_ 30. Tu ne peux décider où, quand et comment te tuer.
- \_\_\_\_\_ 31. Tu considères le fait de te tuer comme moralement mauvais.
- \_\_\_\_\_ 32. Tu as encore plusieurs choses à réaliser.
- \_\_\_\_\_ 33. Tu as le courage d'affronter la vie.
- \_\_\_\_\_ 34. Tu es heureux(se) et content(e) de ta vie.
- \_\_\_\_\_ 35. Tu as peur du "geste" de te tuer (la douleur, le sang, la violence).
- \_\_\_\_\_ 36. Tu crois que ce n'est pas en te donnant la mort que tu règleras tes problèmes.
- \_\_\_\_\_ 37. Tu as l'espoir que les choses vont s'améliorer et que l'avenir sera meilleur.
- \_\_\_\_\_ 38. Les autres penseraient que tu es un(e) faible et un(e) égoïste.
- \_\_\_\_\_ 39. Tu as une tendance innée à survivre.
- \_\_\_\_\_ 40. Tu ne veux pas que les autres pensent que tu n'as pas le contrôle de ta vie.
- \_\_\_\_\_ 41. Tu crois que tu peux trouver une raison pour vivre.
- \_\_\_\_\_ 42. Tu n'as aucune raison pour précipiter ta mort.
- \_\_\_\_\_ 43. Tu es peu doué(e) pour que la méthode de te tuer soit efficace.
- \_\_\_\_\_ 44. Tu ne veux pas que ta famille se sente coupable par la suite.
- \_\_\_\_\_ 45. Tu ne veux pas que ta famille pense que tu étais un(e) égoïste et un(e) lâche.

## IDB

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lis attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entoure le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti-e au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encercle chacun d'eux. Assure-toi d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer ton choix.

---

1. 0 Je ne me sens pas triste  
     1 Je me sens triste  
     2 Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir  
     3 Je suis si triste que je ne peux le supporter
2. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé-e par l'avenir  
     1 Je me sens découragé-e par l'avenir  
     2 J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie  
     3 J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer
3. 0 Je ne me considère pas comme un-e raté-e  
     1 J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels  
     2 Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs  
     3 J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie
4. 0 Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant  
     1 Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant  
     2 Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit  
     3 Tout me rend insatisfait ou m'ennuie
5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable  
     1 Je me sens coupable une bonne partie du temps  
     2 Je me sens coupable la plupart du temps  
     3 Je me sens continuellement coupable
6. 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni-e  
     1 J'ai l'impression que je pourrais être puni-e  
     2 Je m'attends à être puni-e  
     3 J'ai l'impression d'être puni-e
7. 0 Je n'ai pas l'impression d'être déçu-e de moi  
     1 Je suis déçu-e de moi  
     2 Je suis dégoûté-e de moi  
     3 Je me hais

8. 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque  
 1 Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs  
 2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs  
 3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
9. 0 Je ne pense aucunement à me suicider  
 1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes  
 2 J'aimerais me suicider  
 3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
10. 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire  
 1 Je pleure plus qu'avant  
 2 Je pleure continuellement maintenant  
 3 Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable
11. 0 Je ne suis pas plus irrité-e maintenant qu'auparavant  
 1 Je suis agacé-e ou irrité-e plus facilement qu'auparavant  
 2 Je suis continuellement irrité-e  
 3 Je ne suis plus du tout irrité-e par les choses qui m'irritaient auparavant
12. 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens  
 1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois  
 2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens  
 3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens
13. 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant  
 1 Je remets des décisions beaucoup plus qu'avant  
 2 J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'auparavant  
 3 Je ne peux plus prendre de décisions
14. 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence est pire qu'auparavant  
 1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant-e  
 2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant-e  
 3 J'ai l'impression d'être laid-e
15. 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant  
 1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose  
 2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit  
 3 Je ne peux faire aucun travail
16. 0 Je dors aussi bien que d'habitude  
 1 Je ne dors pas aussi bien qu'avant  
 2 Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir  
 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
17. 0 Je ne me sens pas plus fatigué-e qu'à l'accoutumée  
 1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant  
 2 Je me fatigue pour un rien  
 3 Je suis trop fatigué-e pour faire quoi que ce soit
18. 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude  
 1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était  
 2 Mon appétit a beaucoup diminué  
 3 Je n'ai plus d'appétit du tout

19. 0 Je n'ai pas perdu du poids dernièrement  
1 J'ai perdu plus de 5 livres  
2 J'ai perdu plus de 10 livres  
3 J'ai perdu plus de 15 livres  
Je suis présentement une diète    Oui \_\_\_\_\_    Non \_\_\_\_\_
20. 0 Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude  
1 Je suis préoccupé-e par des problèmes de santé comme des douleurs, des maux d'estomac ou la constipation  
2 Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose  
3 Je suis tellement préoccupé-e par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose
21. 0 Je n'ai pas remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour la sexualité  
1 J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant  
2 J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels  
3 J'ai perdu tout désir sexuel

Merci de ta collaboration

## Directives

Voici une énumération de pensées que les gens ont parfois. S'il te plaît, indique lesquelles de ces pensées tu as eues depuis un mois. Noircis le cercle sous la réponse qui décrit le mieux tes propres pensées. Assure-toi de noircir un cercle pour chaque énoncé. Souviens-toi, il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses.

[illegible]